8575

St. Petersburger

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio.
Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals.
Riga.

Dr. Rudolf Wanach.
St. Petersburg.

XXXI. JAHRGANG.
(NEUE FOLGE XXIII. JAHRGANG).

ST. PETERSBURG.
Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Prosp., № 15.
1906.

Типографія Винеке, Екатерингофскій пр., № 15.

INHALTS-VERZEICHNIS.

Die mit * bezeichneten Zahlen beziehen sich auf Original-Arbeiten, die eingeklammerten auf die russische Literatur-Beilage.

Sach-Register.

A.

B.

C.

D.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

Namen-Register.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle **Inserate** bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petb., W. O., 4 Linie, 5 zu richten. Sprechstunden tägl. ausser Mittwoch u. Sonntag v. 4—6 U. Telephon 20557.

№ 1 St. Petersburg, den 7. (20. Januar). 1906.

(Aus der Kuranstalt «Waldpark» in Meran-Obermais.)

Beiträge zur Diagnostik und Therapie der Herzkrankheiten.

Nach einem für die Sektion für innere Medizin der 77. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte bestimmten Vortrage.

Von

Privatdozent Dr. Max Herz — Wien-Meran.

Es sei mir gestattet, hier zusammenfassend über mehrere Untersuchungsreihen zu berichten, welche die Erprobung verschiedener von mir angegebener Methoden zum Gegenstande hatten. Sie beziehen sich zum Teil auf die Erkennung, zum Teil auf die Behandlung von Erkrankungen des Herzens, u. zw. in erster Linie des Herzmuskels.

I.

Ich beginne mit einer Funktionsprüfung des kranken Herzens. Dass das intensivste Bedürfnis nach einer Methode besteht, welche es uns ermöglicht, mit Sicherheit festzustellen, ob ein Herz eine normale Funktionsfähigkeit besitzt oder nicht, wird niemand leugnen. Wir nennen einen Herzmuskel «insufficient», wenn deutliche Zeichen vorhanden sind, dass er den normalen Blutumlauf nicht im Gange zu erhalten imstande ist. Es kann aber kein Zweifel darüber bestehen, dass der Herzmuskel schon krank ist, bevor noch die charakteristischen Kreislaufstörungen eintreten, worüber wir ja leider nicht selten durch unerwartete Todesfälle in der Narkose oder auch ohne nachweisbare unmittelbare Ursache belehrt werden. Es handelt sich uns demnach vor allem um die Erkennung dieser «latenten Insufficienz», denn es ist sicherlich eine viel vornehmere Aufgabe der Therapie, den Eintritt der manifesten Insufficienz zu verhindern, als diese oder vielmehr die durch sie bedingte Kreislaufstörung erst zu beseitigen.

An Bestrebungen nach dieser Richtung hat es nie gefehlt. Schapiro fand, dass die Pulsdifferenz, welche sich bei normalen Herzen beim Uebergang vom Liegen zum Stehen und umgekehrt geltend macht, nicht auftritt, wenn der Herzmuskel hypertrophiert oder dilatiert ist. Diese Reaktion tritt nach Hoegerstädt und Gräupner wieder auf, wenn das Herz durch Digitalis angeregt wird. Hasenbach konnte sogar die Herzkrankheiten nach dem Verhältnis des Pulses im Sitzen und Liegen in 2 Gruppen teilen. In die eine Gruppe gehört die Aorten- und Mitral-Insufficienz und die Herzmuskel-Degeneration. Sie ist dadurch charakterisiert, dass die Pulszahl in beiden Stellungen gleich oder im Sitzen grösser ist. Bei den Erkrankungen der anderen Gruppe ist hingegen die Pulszahl im Stehen gegenüber dem Sitzen beschleunigt, wie dies z. B. bei der Mitralstenose regelmässig der Fall sein soll. Die Digitalis macht auch hier ihren Einfluss geltend. Katzenstein prüft die Funktionsfähigkeit des Herzmuskels dadurch, dass er durch Kompression peripherer Gefässstämme das Herz geänderten Kreislaufverhältnissen gegenüberstellt und seine Reaktion beobachtet, welche nach dem Zustande seines Muskels verschieden ausfällt.

Allen diesen Methoden gemeinsam ist der Umstand, dass man dem Herzen verschiedene Arbeiten auferlegt, beobachtet, wie es dieselben bewältigt und daran zu erkennen sucht, ob es noch vollständig leistungsfähig oder der Insufficienz nahe ist. Einen anderen Gesichtspunkt eröffnete Kraus, indem er darauf hinwies, dass Trigeminusreize bei normalem Herzen eine Verlangsamung des Pulses, bei Nervösen eine Beschleunigung erzeugen.

Die von mir angegebene Methode [1]) lässt sich jederzeit leicht ausführen und beruht auf der Wirkung, welche die sogenannte Selbsthemmungsbewegung auf die Herzaktion ausübt. Als Selbsthemmungsbewegung habe ich in meinem System der gymnastischen Heilpotenzen eine Bewegung bezeichnet, welche ohne oder mit sehr gerin-

[1]) Deutsche med. Wochenschrift 1905.

gem Widerstand äusserst langsam und gleichmässig ausgeführt wird. Man lässt also den Kranken seinen Vorderarm so langsam, als es ihm bei gespanntester Aufmerksamkeit möglich ist, vollkommen gleichmässig beugen und dann wieder strecken. Man bestimmt die Pulsfrequenz vor und nach der Uebung und achtet auf die Aenderung der Pulszahl.

Da es hier auf eine sehr genaue Innervation ankommt, benutzt man immer den rechten Arm, bei Linkshändern natürlich den linken. Man fixiert mit der eigenen linken Hand den Ellbogen des Kranken und führt seinen Vorderarm, indem man mit der Rechten das Handgelenk umfasst. Man fordert den Patienten auf, die Bewegung mit möglichster Leichtigkeit auszuführen, wobei sich oft die Neigung einstellt, die Muskulatur des ganzen Armes und zw. sowohl die synergistischen wie die antogonistischen Muskeln gleich stark zu kontrahieren, woher auch der Name «Selbsthemmungsbewegung» stammt. Man muss sich selbst aber auch in acht nehmen, dass man die Bewegung des Kranken nicht soweit unterstützt, dass sie etwa in eine passive Bewegung umgewandelt wird.

Grünbaum und Amson haben das Verhalten des Pulses bei Selbsthemmungsbewegungen studiert und für das gesunde Herz eine geringe Beschleunigung konstatiert. Ich selbst habe gefunden, dass das gesunde Herz auf eine S-Bewegung entweder gar nicht oder mit einer geringen Beschleunigung reagiert. Ist hingegen der Herzmuskel erkrankt, dann tritt bei der S-Bewegung eine bedeutende Verlangsamung ein; der Puls wird zugleich voller und kräftiger. Diese Reaktion kann ich nach meinen bisherigen Erfahrungen als eindeutig und sicher bezeichnen. Die S-Reaktion fällt mit wenigen später zu erwähnenden Ausnahmen niemals mit einer manifesten Herzmuskelaffektion negativ aus. Die erwähnte Pulsverlangsamung konnte ich andererseits niemals nachweisen, wenn ein mit absoluter Sicherheit als gesund anzusprechender Herzmuskel vorlag. Ich betone, dass die S-Reaktion vollständig unabhängig von dem Zustande der Cirkulation ist. Sie tritt mit derselben Deutlichkeit unter anscheinend vollkommen normalen Kreislaufverhältnissen auf ebenso wie unter Umständen, welche die durch die Insufficienz des Herzens bedingten Störungen klar zutage treten lassen.

Es ist ferner gleichgültig, ob der Puls momentan beschleunigt oder verlangsamt ist, nur ist die Differenz bei gesteigerter Pulsfrequenz meist grösser. Während die Verlangsamung bei nicht beschleunigtem Puls 4—10 Schläge in der Minute beträgt, kann man bei vorhandener Tachykardie Differenzen bis zu 40 Pulsschlägen in der Minute beobachten.

Von wesentlichem Interesse ist die S-Probe bei der Konstatierung der Anfangsstadien jener Herzmuskelerkrankungen, die man gewöhnlich mit atheromatösen Veränderungen der Aorta vergesellschaftet sieht, wobei in den meisten Fällen die gleichartige Erkrankung der Coronar-Gefässe das Bindeglied bildet. Das ausgesprochene Krankheitsbild dieser Art kann nicht verkannt werden. Das Vorstadium aber, in welchem noch keine Pulsanomalien, keine Cirkulationsstörungen, oft nicht einmal subjektive Beschwerden vorhanden sind, ist in Ermanglung eines jeden physikalischen Befundes ohne eine Funktionsprüfung nicht festzustellen. Der Ausfall der S-Probe macht wohl das Vorhandensein einer funktionellen Anomalie und die Gefahr einer Insuffizienz des Herzmuskels deutlich.

Ebenso war es mir auch möglich, durch die S-Probe die Herzmuskelerkrankung bei einem Diabetiker und einem starken Zigarrenraucher schon zu einer Zeit zu konstatieren, wo andere Anzeichen einen Verdacht nach dieser Richtung noch nicht rechtfertigten.

Beim Fettherzen kann die Pulsverlangsamung bei der S-Probe fehlen, wenn auch bereits Stauungserscheinungen im grossen Kreislaufe vorhanden sind. Dieses Verhalten widerspricht den derzeit giltigen Ansichten über das Fettherz nicht. Man muss eben annehmen, dass eine mechanische Behinderung des Kreislaufes und insbesondere der Herzaktion schon durch die blosse Anhäufung des Fettes eintreten kann, bevor noch die Muskelfasern selbst in der charakteristischen Weise erkrankten.

Dass die bei chronischen Nierenerkrankungen eingetretene Herzhypertrophie die Ausnahmestellung verdient, die man ihr in der Pathologie anweist, geht auch daraus hervor, dass ein derartiges deutlich hypertrophiertes Herz seine Schlagfolge während der S-Bewegung nicht ändern muss. Man wird kaum fehlgehen, wenn man in einem solchen Falle annimmt, dass die konzentrische Hypertrophie, welche da vorliegt, eine reine Massenzunahme des Muskels darstellt, die in der Arbeitshypertrophie des Skeletmuskels ihre Analogie findet, und nicht der pathologische mit Entartungsvorgängen verknüpfte Prozess, den man schlechtweg als Herzhypertrophie zu bezeichnen gewohnt ist.

Bei dem Vorhandensein einer blossen Dilatation habe ich wiederholt nach der S-Bewegung eine Verkleinerung der Dämpfung beobachtet.

Die Affektionen der Herzklappen beeinflussen als solche direkt den Ausfall der Probe nicht. Es ist jedenfalls in der Entstehungsweise und der indirekten Beteiligung des Herzmuskels begründet, dass die Pulsverlangsamung stets bei den Affektionen eintreten, welche an der Wurzel der Aorta und ihren Klappen lokalisiert sind.

Besonders hervorheben möchte ich die Bedeutung der S-Probe für die Differential-Diagnose zwischen dem kardialen und bronchialen Asthma, wenn die charakteristischen Anfälle vorliegen, der objektive Befund jedoch negativ ist. Es ist bekannt, dass dann die Unterscheidung oft unmöglich ist. Mittelst unserer Probe gelingt es jedoch, einen eventuell vorliegenden pathologischen Zustand des Herzmuskels mit Sicherheit nachzuweisen.

Die S-Probe setzt bei Herzaffektionen die Pulszahl nicht nur herab, sondern sie erzeugt auch unter bestimmten Verhältnissen ebenso deutlich d. h. weit über das normale Mass hinausgehende Pulsbeschleunigungen. Dies ist dann der Fall, wenn ein besonders erregbares Herznervensystem vorliegt, besonders bei Kranken, welche an Nervosität oder Neurasthenie mit kardialem Charakter leiden. Man ist oft nicht in der Lage zu unterscheiden, ob in einem solchen Falle eine mit allgemeinen nervösen Erscheinungen verbundene Herzerkrankung oder bloss ein an der allgemeinen Gleichgewichtsstörung des Nervensystems beteiligtes Herz vorliegt. In letzterem Falle ist die Pulsbeschleunigung bei der S-Probe pathognomonisch. Die Frequenzsteigerung tritt mit gleicher Deutlichkeit auch bei vorhandener nervöser Tachykardie ein.

Die Pulsverlangsamung blieb einige Male trotz manifester Herzmuskelerkrankung aus nach dem Gebrauche von Digitalis während einer durch eine starke Gemütsbewegung verursachten Tachykardie, sowie unmittelbar nach der Nahrungsaufnahme, als der Puls langsamer und voller geworden war.

Für die Erklärung der S-Reaktion kann die Wirkung der Muskelarbeit nicht herangezogen werden, weil erstens die Arbeit bei der S-Bewegung überaus gering ist und weil ich mich zweitens überzeugt habe, dass Muskelarbeit Pulsbeschleunigungen hervorrief, wo die S-Probe eine starke Verlangsamung zur Folge hatte. Das Wesen der S-Bewegung ist vielmehr in der starken Anspannung der Aufmerksamkeit, also in der

intensiven Beanspruchung der zentralsten Gehirnteile zu suchen. Die Hirnrinde aber ist im Sinne Tigerstedt's ein Organ, von welchem aus durch Vermittlung des verlängerten Markes Reflexe auf das Herz ausgelöst werden können. Der hier in Betracht kommende Reflex ist bei normalem Herzen und Nervensystem unmerklich oder sehr gering im Sinne einer Beschleunigung der Herzaktion, er äussert sich durch eine Verlangsamung bei Herzmuskelaffektionen, durch eine starke Beschleunigung bei besonders erregbarem Herz-Nervensystem.

II.

Eine zweite Methode, über die ich hier kurz berichten will, bezweckt die Feststellung der dem Sternum anliegenden Teile des Herzens. Derselben dient ein kleines Instrument, welchem ich den Namen «Plektrophon» gegeben habe [2]). Es hat den Zweck die Schwingungsfähigkeit eines Teiles der Körperoberfläche dadurch festzustellen, dass diese Fläche den Boden eines Hohlraumes bildet, der über ihm abgegrenzt wird. Von aussen werden dieser Stelle Erschütterungen mitgeteilt und mittelst eines Rohres die Schallqualitäten untersucht, welche dadurch in der Luft des künstlichen Hohlraumes erzeugt werden.

Fig. 1.

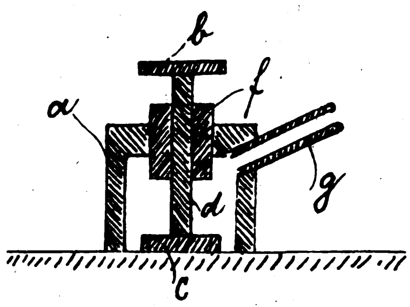


Fig. 1. stellt das Plektrophon schematisch im Durchschnitte dar [3]). Mit a ist eine kleine Glocke bezeichnet, deren Grösse ungefähr derjenigen des unteren Trichters eines gewöhnlichen Hörrohres entspricht. Ein durchbohrter Kautschukpfropfen steckt in einer Oeffnung dieser Glocke und das Stäbchen — Plessimeter b, d, c geht durch die Oeffnung dieses Pfropfens hindurch. Die untere Platte c ruht auf dem Körper, die obere Platte b wird mit dem Finger beklopft, welche Erschütterungen durch das Stäbchen d auf die untere Platte und den Körper übertragen werden. Aus dem Innern der Glocke führt das Röhrchen g nach aussen und steht durch Kautschukschläuche mit den Ohren des Untersuchers in Verbindung. Wenn man mit dem Rande eines Fingernagels die Platte b perkutiert, dann vernimmt das Ohr einen Schall, der je nach der Beschaffenheit der zu untersuchenden Körperteile alle Qualitäten zwischen einem sonoren lauten Schall und einem kurzen hartklingenden Schall, den ich als «Steinschall» bezeichnet habe, aufweisen kann. Diese Perkussionsergebnisse gehen durchaus nicht parallel mit den Resultaten der üblichen Untersuchungsmethoden. So kommt z. B. ein sonorer lauter Schall zustande, wenn man das Plektrophon auf die grosse Muskelmasse des Oberschenkels aufsetzt. Der Steinschall ist am deutlichsten auf der Kniescheibe hörbar.

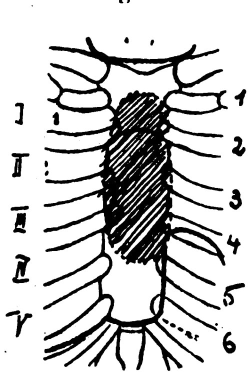
Das Anwendungsgebiet dieser Methode beschränkt sich auf das Brustbein, weil dieser flache Knochen bei der gewöhnlichen Perkussion alle Schwingungen so vollkommen auf seine Umgebung fortleitet, dass die Abgrenzung von Dämpfungen auf ihm nur mit grosser Undeutlichkeit möglich ist; dies gilt jedoch nur unter der Voraussetzung, dass das Brustbein von einer sehr fettarmen Haut bedeckt ist, weil sonst das nachgiebige Gewebe durch seine eigenen Schwingungen das Resultat der Untersuchung trübt.

Bei gesunden Individuen zeigte es sich, dass entweder keinerlei Dämpfung auf dem Sternum nachweisbar war oder ein kleiner Dämpfungsbezirk auf dem unteren Teile des Brustbeines, der sich nach links verschieden weit auf die Rippenknorpel erstreckte, nur bei einem gesunden Individuum war auch eine Dämpfung auf dem Manubrium sterni nachweisbar.

Die Untersuchung, welche ich dann an Herzkranken angestellt habe [4]), bestätigten die Annahme, dass die erwähnten Dämpfungen durch die Anlegung des Herzens an das Brustbein bedingt sind. Die untere Sternaldämpfung ist unter bestimmten Verhältnissen inkonstant. So trat dieselbe bei einer an Bronchialasthma leidenden Patientin nur im Anfalle, bei einer anderen während eines heftigen Hustenanfalles auf; ihre Grenzen schwankten in weitem Umfange bei einer an Morbus Basedowii leidenden Frau. Diese Aenderungen können der Ausdruck einer vielleicht sehr unbedeutenden Grössenänderung des Herzens sein, denn man kann sich vorstellen, dass schon eine geringe im Röntgenbilde kaum nachweisbare Vergrösserung des Dickendurchmessers des Herzens zu einer bedeutenden Erweiterung der Kontaktfläche zwischen Herz und Brustbein führt.

Die kleine Dämpfung auf dem Manubrium sterni tritt an und für sich bei herzkranken Individuen häufiger auf als bei Gesunden. Ich halte sie für den Ausdruck des Kontaktes zwischen Aorta und Brustbein, wofür hauptsächlich das Zusammentreffen mit verschiedenen auf die Aorta hinweisenden Symptomen spricht. So das Vorhandensein substernaler Schmerzen, pulsatorischer Hebungen des Brustbeines, klingender zweiter Aortentöne u. s. w.

Fig. 2.



Bei Aortikern zeichnet sich die obere Sternaldämpfung nicht selten durch eine bedeutende Vergrösserung aus. So reichte dieselbe in dem in Fig. 2 dargestellten Falle bis zum Ansatze der fünften Rippe nach abwärts. Fast das ganze Sternum schallte dumpf, wenn die vergrösserte obere Dämpfung mit der unteren verschmolz.

Ein Verhältnis zwischen der Ausdehnung der unteren Sternaldämpfung und der absoluten Herzgrösse, die ich freilich nur durch Perkussion und nicht durch die Röntgen-Untersuchung feststellen konnte, besteht nicht, denn die erstere war zuweilen vorhanden, wo das Herz keine Vergrösserung aufwies und konnte bei deutlich vergrössertem Herzen fehlen. Besser korrespondiert sie mit der absoluten Herzdämpfung. Die obere Sternaldämpfung fehlte hingegen nie, wenn man eine Erweiterung der Aorta aus anderen Symptomen erschliessen konnte.

[2]) Berliner klin. Wochenschrift 1905.

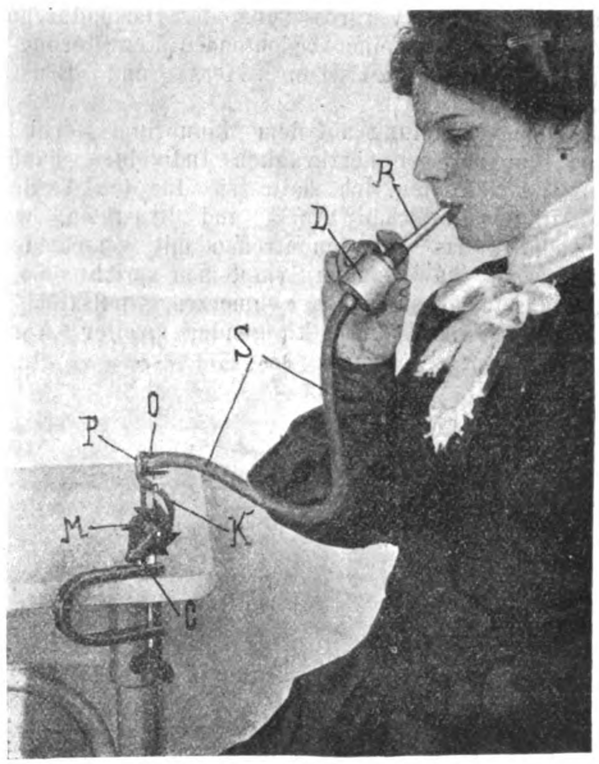
[3]) Das Instrument wird von Heinrich Tauss, Wien VIII Schlösselgasse, erzeugt.

[4]) Wiener klin. Wochenschrift 1905.

III.

Die dritte Untersuchungsreihe hatte eine pneumatotherapeutische Methode der Herzkrankheiten zum Gegenstande[5]). Angeregt wurde ich zu derselben durch das «sakkadierte Atmen» Oertels, welches bekanntlich darin besteht, dass die Exspiration stossweise ausgeübt und dadurch das Herz einer Erschütterung ausgesetzt wird. Es schien mir zunächst nicht gleichgiltig, ob die Expirationsstösse mit der Systole oder Diastole des Herzens zusammenfallen, und ich unterschied daher früher das systolische von dem diastolischen sakkadierten Atmen. Spätere Studien, die ich im Vereine mit E. Meyer anstellte, zeigten mir jedoch, dass dieser Unterschied keinen Wert hatte, weil die Wirkung auf den Kreislauf bei beiden Formen die gleiche ist. Hingegen erwies sich die dabei stattfindende Muskelanstrengung und die Tätigkeit der Bauchpresse als störend. Nunmehr war ich darauf bedacht, eine Methode auszubilden, welche die Vorteile des unterbrochenen Atmens ohne die erwähnten unerwünschten Nebenwirkungen darbot. Dies gelang mir, wie ich glaube, durch die Konstruktion des in Fig. 3 abgebildeten Apparates[6]).

Fig. 3.



Die Atmung findet durch das Glasrohr R statt, durch welches dieselbe nicht wesentlich behindert wird. Eine zerlegbare Dose D schliesst sich an das Rohr und hat den Zweck, leicht flüchtige Substanzen aufzunehmen, mit denen die Atmungsluft geschwängert wird. Der Schlauch S verbindet dieses Mundstück mit dem Apparat, der einen Unterbrecher darstellt.

Die Funktion des Apparates besteht nämlich lediglich darin, die Oeffnung O des Schlauches periodisch zu schliessen und zu öffnen. Dies wird dadurch erreicht, dass die Klappe P bald von der Oeffnung O entfernt wird, bald wieder durch den Zug einer Feder auf sie zurückschnellt. Sie ist an der Sperrklinke K befestigt, welche durch die Zähne des Rades M in Schwingungen versetzt wird. Das Rad wird durch die Kurbel C gedreht. Das Ganze wird an einer Tischplatte festgeklemmt.

Diese Unterbrechungen bewirken, dass der sonst kontinuierliche Atmungsluftstrom in eine Reihe von Stössen aufgelöst wird. Während des Inspiriums entstehen auf diese Art Luftverdünnungen, während des Exspiriums Verdichtungen, welche die normale Druckdifferenz um ein Vielfaches übertreffen. Die Folgen davon sind starke Erschütterungen, welche sich im ganzen Thoraxraum geltend machen und das Herz von allen Seiten treffen. Diese Methode, welche übrigens auch bei Erkrankungen der Atmungsorgane[7]) sowie in etwa veränderter Form bei Kehlkopf und Ohrkrankheiten verwendbar ist, habe ich die «Endomassage des Herzens» genannt.

Die Wirkung grösserer Druckschwankungen im Brustraume auf den kleinen und grossen Kreislauf sind von physiologischer Seite genau studiert. Man weiss, dass jede Druckerhöhung die nachgiebigen Lungengefässe auspresst, das linke Herz besser füllt und den Blutdruck vorübergehend steigert. Die Herabsetzung des endothoracischen Druckes hat hingegen eine bessere Füllung der Lungenarterien und eine Verminderung des Blutdruckes zur Folge. Miteinander abwechselnd ergeben beide Momente eine Beschleunigung des Kreislaufes in seinen beiden Abschnitten. Dazu kommt als das vielleicht wesentlichste Moment die Erschütterung des Herzens durch die Stösse der Atmungsluft. Welche Bedeutung die Erschütterungen des Herzens für die Anregung seiner Tätigkeit haben, ist heute wohl allgemein bekannt. Je plötzlicher die Erschütterungen sind, desto tonisierender ist ihre Wirkung auf den Herzmuskel. Man musste sich bisher damit begnügen, das Herz von aussen durch Beeinflussung seiner unmittelbaren Umgebung zu erschüttern; dies konnte natürlich immer nur einseitig auf die der Brustwand anliegenden Teile geschehen. Erst die vorliegende Methode ermöglicht es von allen Seiten zugleich auf das Herz einzuwirken.

Bezüglich der Handhabung des kleinen Apparates sei nun das folgende bemerkt:

Der Kranke wird aufgefordert, gerade sitzend ruhig und tief zu atmen. Anfangs lässt man ihn die Nase mit 2 Fingern zusammendrücken, bis er es gelernt hat, allein durch den Mund d. h. durch das Rohr R zu atmen. Die Kurbel C dreht man selbst oder lässt dies durch den Kranken oder eine Hilfsperson besorgen. Zuhause tun dies die Kranken gewöhnlich gerne selbst. Die Erschütterungen sind umso heftiger, je langsamer man dreht. Sehr bequem und wirksam sind etwa 100 Umdrehungen der Kurbel in der Minute, was beiläufig 12 Unterbrechungen in der Sekunde entspricht.

Bei empfindlichen Kranken beginne ich mit Sitzungen von $^1/_4$ Minute Dauer und steige allmählig bis zu $2^1/_2$ Minuten zweimal täglich. Wenn Atemnot vorhanden ist, schalte ich nach jeder halben Minute eine Ruhepause ein. Die Dose D muss bei Herzkranken nicht mit Medikamenten versehen werden. Ich lege trotzdem stets ein mit 50prozentiger alkoholischer Menthollösung getränktes Läppchen ein, das erst nach Monaten mit einer neuen Dosis des Mittels versehen werden muss. Das Menthol erhöht entschieden die subjektive Wirkung der Endomassage und veranlasst den Kranken zu tiefen Atemzügen.

Die Endomassage verwendete ich bisher hauptsächlich bei insuffizienten Herzen, sowie gegen die Herzbeschwerden nervöser Individuen. Die Wirkung besteht beim geschwächten Herzen in einer entschiedenen Anregung seiner Tätigkeit. Der Einfluss auf den Blutdruck und die Pulszahl ist jedoch nicht konstant;

---

[5]) Deutsche Medizinische Wochenschrift 1905.

[6]) Der Apparat wird von Heinrich Tauss in Wien VIII Schlösselgasse angefertigt.

[7]) Wiener medizinische Wochenschrift 1905.

es zeigt sich bald eine Erhöhung bald eine Herabsetzung beider Faktoren, selbst bei einem und demselben Individuum. Die Pulswelle aber war jedoch fast immer höher. Wichtig ist, dass das Gefühl des Herzklopfens gemildert oder ganz beseitigt wird. Leichte Unregelmässigkeiten der Schlagfolge verschwinden oft sofort. Sehr ausgesprochen sind die Veränderungen der Atmung: die Atemnot wird geringer, die Respiration langsamer und tiefer. Bei empfindlichen Kranken kann auch während der ersten Sitzung eine leichte Dyspnoe auftreten, bis sie sich an die neue Behandlung gewöhnt haben.

Eine länger fortgesetzte Behandlung hatte in vielen Fällen einen entschieden günstigeren Erfolg. Ich konnte wiederholt konstatieren, dass bei dilatiertem Herzen eine Verringerung der Dämpfung eintrat. Nicht immer kehrt ein beschleunigter und unregelmässiger Puls bei dieser Therapie zur Norm zurück, doch sind meist Besserungen mit Sicherheit nachweisbar. Als ein wichtiges Zeichen der Besserung erscheint mir der Umstand, dass die vorhin geschilderte S-Probe eine geringere Pulsverlangsamung ergibt als vor der Behandlung.

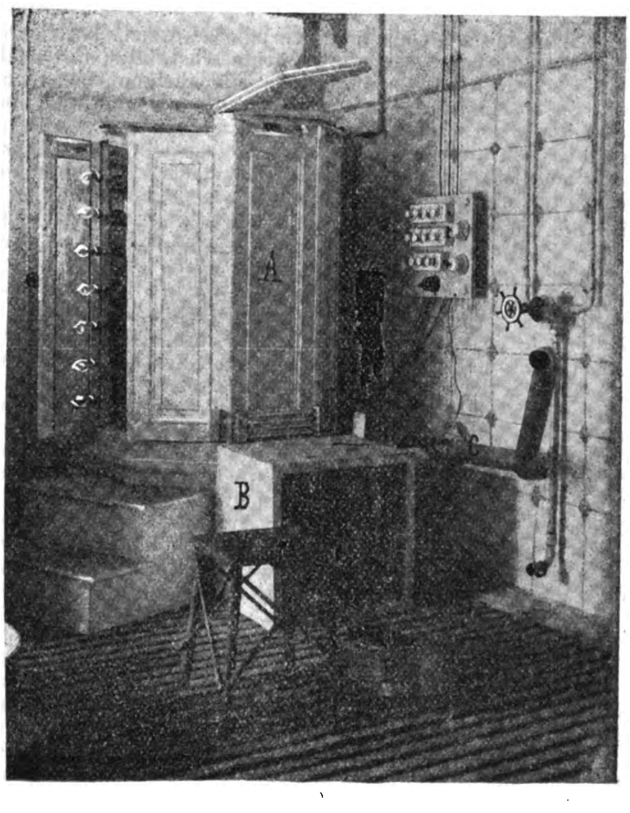
Am meisten prägt sich das Endresultat in der Atmung aus, welche langsamer und tiefer und subjektiv freier ist. Ich glaube dies sowohl auf die zeitweise Förderung des kleinen Kreislaufes wie auf die Gymnastizierung der Atmungsmuskeln zurückführen zu dürfen. Die der Atmung dienende Muskulatur findet nämlich während der Endomassage bei jedem Stosse einen Widerstand, der sie erschüttert und anregt und dadurch vermutlich kräftigt.

Dass die Leistungsfähigkeit des Herzens durch die Endomassage gehoben wird, geht vor allem daraus hervor, dass bei Muskelarbeiten Herzklopfen und Atemnot ausbleiben, wo sie früher mit Sicherheit unausbleiblich aufgetreten waren.

IV.

Nun ist schliesslich in der Therapie der Herzkrankheiten auch die Verwendung des von mir jüngst angegebenen künstlichen «Licht-Luftstrombades», welches in der nebenstehenden Abbildung (Fig. 4) dargestellt ist. Dieser Apparat besteht aus einem elektrischen Lichtbale A, durch dessen Boden ein Luftstrom von regulierbarer Geschwindigkeit eingepresst wird. Zu diesem Zwecke ist in dem Kasten B ein elektrisch angetriebenes Gebläse vorgesehen. Die Luft wird durch eine im Sockel des Apparates untergebrachte Heiz- bezw. Kühlvorrichtung auf die gewünschte Temperatur gebracht. Das Rohr C leitet die Pressluft zur lokalen Luftstrombehandlung ab, welche in der Form einer Luftdouche oder auch in Gestalt von Kastenbädern ausgeübt werden kann. Die Wanne D dient z. B. für strömende Fussbäder in warmer bezw. kühler Luft.

Fig. 4.



Die Luftstrombehandlung dient bei Herzkranken in erster Linie einer rationellen Abhärtung, welche gewiss durch nichts besser geleitet werden kann als durch die entsprechend temperierte Luft, an welche der Organismus sich gewöhnen soll. Eine wichtige Eigenschaft der strömenden Luft ist die Vergrösserung der Lungenventilation durch eine Vertiefung der Atmung ohne Frequenzsteigerung, wie Wolpert nachgewiesen hat. Durch die gleichzeitige Verwendung der Lichtstrahlung und eines kühlen Lichtstromes kann man einen sehr angenehmen Reiz auf den Organismus ausüben und Wirkungen erzielen, welche denen der Kohlensäurebäder analog sind, wie an anderer Stelle ausführlich geschildert werden soll.

Bekanntlich sucht man bei Herzkrankheiten durch Wärmezufuhr eine Herabsetzung des Blutdruckes zu erzielen. Bei den bisher bekannten Bäderformen, bei denen heisse Luft oder Dampf verwendet wurde, waren die Grenzen nach dieser Richtung sehr enge, weil die heftigen Schweissausbrüche, welche schon bei normalen Menschen höchst unangenehme Nebenerscheinungen hervorrufen, bei derartigen Kranken unter Umständen gefährlich werden können. Das Licht-Luftstrombad gibt uns nun die Mittel an die Hand, die den Blutdruck herabsetzende und wasserentziehende Wirkung der hohen Temperaturen voll auszunützen, ohne überhaupt einen Schweissausbruch hervorzurufen. Die wärmeströmende Luft unterscheidet sich nämlich von der ruhenden unter anderem dadurch, dass sie dem Organismus enorme Wassermengen in Dampfform entzieht. Bekanntlich bildet die Wasserentziehung einen der wichtigsten Programmpunkte in der Therapie der Herzkrankheiten nach Oertel'schem System.

XVII. Aerztetag der Gesellschaft Livländischer Aerzte zu Arensburg vom 10.—12. August 1905.

Ein Besuch des Leprosorium Audaku auf der Insel Oesel.

Von

Prof. K. Dehio in Dorpat.

Am 12. August dieses Jahres übernahm ein Teil der Mitglieder des in Arensburg versammelten Livländischen Aerztetages einen interessanten und lehrreichen Ausflug in das Innere der Insel Oesel, um das daselbst neu errichtete Leprosorium zu Audaku in Augenschein zu nehmen.

Die 28 Werst lange Fahrt, zu der uns die Stadtverwaltung von Arensburg freundlichst Wagen und Pferde zur Disposition gestellt hatte, führte anfänglich durch Weideland und Felder, und später durch schönen Fichtenwald, der vielfach mit Birken und Ellern gemischt war. Zum grossen Teil flach dahinziehend, erhebt sich die von Arensburg nach Nordwesten führende Landstrasse in ihrem letzten Teil ein wenig. Wir gelangen in den höher gelegenen Westteil der Insel, wo sich das Leprosorium etwa 8 Werst vom Meeresufer entfernt südöstlich der Kielkond'schen Meeresbucht befindet. Es liegt, wie schon angedeutet, inmitten ausgedehnter Nadelwälder, umgeben von einem hohen Staketenzaun, ganz abgesondert und entlegen von allen menschlichen Niederlassungen. Keine Dörfer, keine Gutshöfe finden sich in der Nähe, und nur zwei einsame Bauergesinde sind in der Nachbarschaft vor-

handen, deren Einwohner sich mit Leichtigkeit jeden Connexes mit den Aussätzigen enthalten und eventuell an demselben verhindert werden können. Jegliche Gefahr einer Ausbreitung der Krankheit auf die umwohnende Bevölkerung ist somit ausgeschlossen.

Das Leprosorium, welches erst im letzten Jahr soweit vollendet worden ist, dass es von Kranken bezogen werden konnte, ist entstanden dank dem warmen Interesse und der energischen Initiative des Bauerkommissars der Insel Oesel. Herrn J. Sander. Dieser hat mit einem warmen Interesse, wie es bei einem Nichtmediziner höchst selten zu finden ist, seine öffentliche Stellung dazu benutzt, um die Verpflegung der Aussätzigen in Oesel und die Bekämpfung der Lepra auf dieser weltentlegenen Insel nach eigenem Plan zu organisieren und in Betrieb zu setzen.

Der Kampf gegen die Lepra auf der Insel Oesel ist nicht ganz neuen Datums. Seit dem Jahre 1895 hat die Oeselsche Ritterschaft in anerkennenswertester Weise sich bemüht, die Aussätzigen nach Möglichkeit zu isolieren, indem sie dieselben in die livländischen Leprosorien von Nennal und Muhli abfertigte und daselbst auf Kosten der Oeselschen Landeskasse verpflegen liess. Wenngleich nur ein relativ geringer Teil der Oeselschen Aussätzigen (ca. 20--25 pCt.) hat isoliert werden können, so dürfen wir doch immerhin annehmen, dass dem permanenten Anwachsen der Zahl der Aussätzigen in Oesel dadurch eine gewisse Einschränkung entgegengesetzt worden ist. Andererseits aber wurde die Abfertigung der Aussätzigen aufs livländische Festland, d. h. in die weite Fremde, als ein schweres Unglück empfunden. Die Kranken litten an Heimweh und auch den Verwaltungsorganen selbst fiel der Entschluss, die armen Aussätzigen gleichsam zur Deportation zu verurteilen, nicht leicht. So wurde denn die Frage nach der Errichtung eines einheimischen Leprosoriums in Oesel selbst immer brennender und hat nunmehr ihre endgültige Lösung gefunden.

Mit ungewöhnlicher Energie hat Herr Sander es verstanden die Bauergemeinden des Oesel'schen Kreises dazu zu veranlassen, dass sie den grössten Teil der zur Errichtung und zum Betrieb der Anstalt nötigen Mittel aus ihren Gemeindekassen hergaben. So ist dieses Leprosorium zustande gekommen, welches, wie in seinem ganzen Entstehen, so auch in seiner inneren Einrichtung vom Typus unserer übrigen baltischen Leprosorien abweicht und daher um so mehr das Interesse unserer gesamten ärztlichen Gesellschaft verdient.

Durch Regen und Unwetter wurde unsere Expedition dazu gezwungen, die Fahrt nach Audaku für einige Stunden zu unterbrechen und im gastlichen Gutshof von Kellamois Unterkunft zu suchen. Diese Pause benutzte Herr Sander, um uns in einem ausführlichen Vortrag über das Vorkommen der Lepra auf Oesel, sowie über die Entstehung seines Leprosoriums zu orientieren. Ich bin der Ueberzeugung, dass diese Mitteilungen auch für weitere ärztliche Kreise von Interesse sein werden und habe daher von Herrn Sander die freundliche Erlaubnis eingeholt, dieselben in der «St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift» zu veröffentlichen.

Die folgenden Mitteilungen sind also nicht eigentlich eine Frucht meiner persönlichen Nachforschungen und Besichtigungen, sondern zum Teil ein gekürztes Referat, zum Teil eine wörtliche Uebersetzung und Wiedergabe des von Herren Sander in russischer Sprache gehaltenen Vortrages, sowie der Erklärungen, die er uns in Audaku gegeben hat.

Dass die Lepra schon im Mittelalter, wie im ganzen baltischen Lande, so auch auf Oesel existiert hat, unterliegt keinem Zweifel, und es lässt sich vermuten, dass sie durch die deutschen Einwanderer bei der Kolonisierung der Insel dorthin verschleppt worden ist. Wir wissen, dass auf dem Gute Pidul im Kielkond'schen Kirchspiel ein Aussatzhaus existiert hat; ja der Name Pidul, den das Gut heute noch trägt, leitet sich von der estnischen Bezeichnung des Aussatzes Pidali-töbi — Spitalkrankheit ab. Es ist wahrscheinlich, dass dieses Leprosorium im 13. Jahrhundert vom livländischen Orden gegründet worden ist, etwa um dieselbe Zeit, wo auch in Riga und Reval Aussatzhäuser entstanden. Dieses Leprosorium hat spätestens bis zum Jahre 1438 bestanden, wo der Orden seine Besitzungen auf der Westhälfte der Insel Oesel dem Bischof von Oesel-Wieck abtrat. Noch heutigen Tages sind bei Pidul Mauerreste des alten Aussatzhauses sichtbar, und die Volkssage weist noch jetzt auf eine dort entspringende Quelle, in der sich die Aussätzigen gebadet haben, um Heilung zu finden.

Ums Jahr 1438 existierte auch schon ein zweites Leprosorium im Kergel'schen Kirchspiel beim Dorfe Kerküll. Dieses Leprosorium hat auch in den bischöflichen Zeiten weiterexistiert, denn im Kergel'schen Kirchenarchiv findet sich die Angabe, dass Otto von Buxhöwden im Jahre 1575 dem Kergel'schen Spital zwei Haken Landes geschenkt habe. Aber wie lange dieses Spital existiert hat, wissen wir nicht. Mauerreste, die jetzt noch zu sehen sind, werden von den umwohnenden Bauern als die Ruinen eines alten Aussatzhauses bezeichnet.

Während die beiden genannten Leprosorien im Westen der Insel gelegen waren, wissen wir nun auch von einem dritten Aussatzhause, das in der Nähe der dem Orden gehörigen Sonneburg, also im Nordosten Oesel's, gestanden hat und vom deutschen Orden gestiftet und mit Landbesitz versehen worden ist. Dieses Leprosorium ist, wie aus noch erhaltenen Akten mit Wahrscheinlichkeit hervorgeht, als Fortsetzung und Ersatz für die beiden im Jahre 1438 vom Orden aufgegebenen Leprosorien gegründet worden. Im Jahre 1583 lebten dort noch 21 Aussätzige. Bei dieser Stiftung befand sich eine Kapelle des St. Johannes, welche im Jahre 1675 in die noch jetzt bestehende Kirchspielskirche St. Johannis verwandelt wurde. Wir dürfen hieraus wohl schliessen, dass um diese Zeit das Leprosorium als solches seine Bedeutung eingebüsst habe und keine Aussätzigen mehr dort lebten.

Mit dem Ende des 16. Jahrhunderts erlischt überhaupt jegliche Kunde über das Vorhandensein des Aussatzes in Oesel; wir müssen annehmen, dass die Seuche um jene Zeit daselbst, wie überhaupt in den baltischen Landen, aufgehört hat zu existieren.

Um so bemerkenswerter ist es, dass zu Beginn des 19. Jahrhunderts wieder zunächst vereinzelte und später zahlreichere Fälle von Lepra in Oesel auftauchen. Im Jahre 1830 finden sich in den Akten des Arensburger Stadtkrankenhauses 15 Lepröse aufgezählt und seitdem ist die Zahl der Aussätzigen auf der Insel Oesel stetig, wenn auch langsam, angestiegen. Im Jahre 1904 wurden nach den Zusammenstellungen von Sander und Talwik 102 auf Oesel lebende Leprakranke festgestellt.

Angesichts der offenbaren Gefahr, welche diese grösstenteils ohne alle medizinische Aufsicht inmitten der gesunden Bevölkerung lebenden Aussätzigen für ihre Umgebung und das ganze Land bildeten, hat nun Herr Sander alles daran gesetzt, um ein Leprosorium in Oesel zustande zu bringen, in welchem die Kranken Unterkunft und Pflege finden und zugleich isoliert und unschädlich gemacht werden sollten. Allein die Mittel für diesen Zweck waren sehr schwer zu finden. Nach vielen Bemühungen gelang es Herrn Sander endlich die 16 Bauergemeinden des Oesel'schen Kreises, welcher bekanntlich einen Teil des livländischen Gouvernements bildet, dazu zu bewegen, dass sie aus ihren Gemeindekassen Beiträge bewilligten zur Errichtung eines Leprosoriums, in welchem alle Gemeinden das Recht haben sollten ihre Aussätzigen unterzubringen. So kam zunächst ein Kapital von über 6000 Rbl. zusammen, mit welchem der Anfang gemacht werden konnte. Die Bauergemeinde Lümmada gab im J. 1903 das ihr gehörige Landstück Audaku in der Grösse von $11^1/_2$ Dessjatinen für den Kaufpreis von 1600 Rbl. her und auf diesem sollte das Leprosorium entstehen. Der übrige Teil des gesammelten Kapitals wurde in der Gemeindekasse von Lümmada deponiert und unter der Oberaufsicht des Bauerkommissars zur Errichtung der notwendigen Gebäude verbraucht.

Die Lümmada'sche Gemeinde verpflichtete sich das Leprosorium als eine der Gemeinde gehörige Anstalt zu unterhalten mit der Bedingung, dass auch die übrigen Gemeinden Oesel's diese Anstalt gegen eine bestimmte Zahlung zur Unterbringung ihrer Leprösen benutzen sollten.

Es erhob sich nun die Frage, nach welchem Plan die ganze Anstalt möglichst praktisch und zweckmässig und ohne Ueberschreitung der beschränkten Mittel anzulegen sei.

Für die Bestimmung der Grösse der Anstalt und der Zahl der aufzunehmenden Kranken waren folgende Erwägungen massgebend. Die in Norwegen gemachten Erfahrungen zeigen, dass man auf ein allmähliches Abnehmen der gesamten Krankenzahl im Lande rechnen kann, sobald wenigstens 40 pCt. aller Kranken im Leprosorium interniert sind, wobei die nach ihren sozialen Lebensverhältnissen und der Form ihrer Krankheit am meisten gefährlichen und am ehesten die Seuche verbreitenden Kranken in erster Linie isoliert werden müssen. Nun spricht alle Erfahrung dafür, dass die tuberöse Lepra in bei weitem höheren Grade kontagiös ist als die makulöse und anästhetische Form; es sind also die tuberösen Aussätzigen diejenigen, welche am dringendsten der Unterbringung in der Anstalt bedürfen. Ueber 102 Leprösen auf Oesel sind aber, wie die Untersuchungen von Sander, Lohk und Talwik gezeigt haben, etwa 50 pCt. tuberös erkrankt, während die Uebrigen der makulösen und anästhetischen Form angehören. Wollte man also auf eine wirkliche Bekämpfung und womöglich Vernichtung der Seuche ausgehen, so müsste für wenigstens 50 Kranke Raum geschafft und dafür gesorgt werden, dass vor allem möglichst viele von den an tuberöser Lepra Leidenden ins Leprosorium übergesiedelt würden.

Um also den dringendsten Bedürfnissen gerecht zu werden, musste das Leprosorium zunächst für 50 Kranke berechnet werden, wobei eine allmählich bei reichlicher fliessenden Mit-

teln auszuführende Erweiternng der Anstalt vorbehalten blieb.

Bevor nun an die Aufführung der Baulichkeiten geschritten wurde, galt es über den Typus, den die Anlagen tragen sollten, schlüssig zu werden. Während die baltischen Leprosorien grosse Versorgungs- oder Siechenhäuser darstellen (cfr. meine Bemerkungen über den Bautypus und die Einrichtung der livländischen Leprosorien. (Pbg. med. W., S. 1900, Nr. 4, pag. 33), die ihrer ganzen Einrichtung nach etwa die Mitte halten zwischen einem gut eingerichteten Armenhaus und einem Krankenhaus für chronisch Kranke, ist in Russland vielfach ein anderer Typus empfohlen und zum Teil auch praktisch angewandt worden, nämlich der der sogenannten Kolonie, wo die Kranken innerhalb eines grösseren Landareals in kleinen Einzelhäusern zu 4—10 Personen zerstreut wohnen. Nach diesem Typus ist beispielsweise die bei Jamburg gelegene Leprakolonie Krutija Rutschji angelegt.

Herr Sander ging nun von der zweifellos richtigen Tatsache aus, dass die Aufgabe seines Leprosoriums in der Beherbergung Aussätziger bestehen muss, die allen Stadien der Krankheit angehören, junger und noch leichter, wie alter und schwerer Fälle. Es werden viele solche in den ersten Stadien der Krankheit befindliche Leute aufgenommen werden müssen, welche zwar die Spuren der Lepra an sich trågen, aber sich noch vollkommen wohl und arbeitsfähig fühlen; es ist natürlich, dass solche Individuen sich nicht in eine Anstalt hineinleben und in ihr wohl fühlen können, die den Charakter eines Krankenhauses trägt und ihnen nichts weiter als ein Bett und Essen bietet. Die Billigkeit und Menschenliebe verlangen, dass solchen Leuten, die nicht aus eigener Notdurft ins Leprosorium übergeführt werden, sondern nur um der Sicherheit ihrer Mitmenschen willen isoliert werden müssen, der Aufenthalt im Hause der Aussätzigen nach Möglichkeit erträglich gemacht werde. Es muss für die Befriedigung ihrer Lebensgewohnheiten und, ihrer Arbeitsfähigkeit entsprechend, für Arbeit, wie andrerseits auch für Zerstreuung und vernünftige Unterhaltung gesorgt werden. Die schlimmsten Feinde solcher Kranken sind Langeweile und Nichtstun. Diesen Anforderungen der Humanität kann nun nach Sanders Ansicht am besten entsprochen werden, wenn man auf einem möglichst grossen Areal, auf dem sich alle frei bewegen können ohne alle 5 Schritte durch den Zaun beschränkt zu werden, eine Anzahl kleiner, einzelner Häuser errichtet, in denen sich die Kranken nach Geschmack, Verwandtschaft, Freundschaft, Charakter und Art ihrer Krankheit zusammen finden können. Je mehr das Leben im Leprosorium den Charakter einzelner kleiner selbständiger Hausgenossenschaften gewinnt, desto wohler werden die Insassen sich fühlen. Lepröse Ehepaare sollen eigene, von den übrigen abgesonderte Behausungen erhalten.

Die etwas schwereren, nicht mehr recht arbeitsfähigen Kranken verlangen eine solche Pflege und Versorgung in einem besonderen Hause, wie etwa Altersschwache in einem Siechenhaus — für die Schwerkranken endlich muss ein kleines Hospital mit richtiger Krankenpflege und entsprechender Bedienung vorhanden sein.

Um nun allen diesen Anforderungen gerecht zu werden, hat Herr Sander sich für die Erbauung des Leprosoriums nach dem Typus einer sogenannten Kolonie entschlossen. Die relativ gesunden Leprösen sollen in kleinen Einzelhäusern, die mit beschränkter Arbeitsfähigkeit in einem gemeinsamen Siechenhaus und die völlig Hilflosen in einem Krankenhaus untergebracht werden.

Es ist nun interessant, sich mit dem Leprosorium näher bekannt zu machen und zu sehen, wie und wie weit diese Pläne im einzelnen verwirklicht worden sind.

Das Areal des Leprosoriums, 11,45 Dessjatinen gross, liegt auf der höchsten Partie der Insel Oesel, etwa 140 Fuss über dem Meer, inmitten eines ca. 10 □ Werst grossen, hauptsächlich aus Fichten und Kiefern bestehenden Waldes, der von allen Seiten Windschutz gewährt. Drei Brunnen, von denen einer ausschliesslich für das gesunde Personal der Kolonie bestimmt ist, liefern reichliches und gutes Wasser. Das ganze Grundstück umfasst 3¹/₄ Dessjatinen Baugrund und Ackerland, 3¹/₄ Dessjatinen Wald und 5 Dessjatinen Busch- und Weideland. Etwa ein Drittel des Ganzen ist vom übrigen durch einen niedrigen Zaun abgetrennt und ausschliesslich für das gesunde Personal und deren Wohnungen bestimmt.

Wir finden hier, nachdem wir durch ein hölzernes Tor das Gebiet der Kolonie betreten haben, zunächst das Haus des Feldschers, in welchem zwei freundliche Wohnzimmer für diesen, der zugleich die Aufsicht über die Kranken und die Oekonomie des Ganzen führt, sowie die Küche und ein Zimmer für die Dienstmagd, ein Ablegeraum und ein Abtritt mit Senkgrube enthalten sind. Vor dem Hause ein Wiesenplatz mit schönen, alten Bäumen, dahinter ein ausgedehnter Obst- und Gemüsegarten, den der Feldscher in seiner freien Zeit zu eigenem Bedarf bebaut. Auf der anderen Seite liegt auf grünem Wiesenland ein Stall mit Wagenschauer, in welchem Pferd und Wagen untergebracht sind, daneben eine Abteilung für einige Kühe und eine ebensolche für einige Schweine; ferner stehen hier eine Kleete und Henscheune und endlich ein kleines Haus, in welchem eine Badestube und eine Waschküche für die Gesunden eingerichtet sind.

(Schluss folgt.)

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Rationelle Organotherapie mit Berücksichtigung der Urosemiologie. Von Prof. A. v Poehl, Prof. Fürst I. Tarchanoff und Dr. P. Wachs. I. Hälfte. St. Petersburg 1905. 242 S. + XXIII S.

Obschon die Organotherapie bereits in uralten Zeiten empirisch geübt wurde und von Hippokrates Zeiten an das Bürgerrecht in der Medizin sich erworben hatte, so ist sie doch erst in neuerer Zeit von dem berühmten Physiologen Brown-Séquard auf eine rationelle Grundlage gestellt worden durch seine neue Lehre von der sog. inneren Sekretion, nach welcher verschiedene Drüsen u. a. auch solche Produkte geben, welche aus ihnen unmittelbar ins Blut und in die Säfte des Organismus übergehen und auf diese Weise einen Einfluss auf den Gesamtstoffwechsel des Organismus ausüben. Während früher aber, als die Organopräparate nur innerlich verabreicht wurden, die Organotherapie verhältnismässig harmlos war, musste mit dem Augenblick, wo Brown-Séquard subkutane Injektionen von Organextrakten einführte, die Gefahr wegen der in den Extrakten gelösten Toxine eine grosse werden. Es ist daher ein Verdienst Prof. A. v. Poehls, des unermüdlichen Pioniers der Organotherapie, eine Herstellungsmethode von Organopräparaten vorgeschlagen zu haben, bei welcher alle toxischen Elemente eliminiert werden, so dass die Behandlung mit solchen Präparaten unschädlich ist.

Es ist eine glückliche Idee gewesen, dass bei der Abfassung des vorliegenden Berufes drei Spezialisten unter sich die Arbeit verteilt haben: der bekannte Physiologe Prof. Fürst Tarchanoff hat den physiologischen Teil mit den entsprechenden Tierversuchen übernommen, während Prof. v. Poehl die chemischen Fragen der Organotherapie im Zusammenhange mit der Harnanalyse und der praktische Arzt Dr. Wachs den klinischen Teil bearbeitet haben. Die Verfasser haben sich die Aufgabe gestellt, nicht nur nachzuweisen, in welchen Fällen von der Organotherapie Nutzen erwartet werden kann und bereits erreicht worden ist, sondern auch zu zeigen, auf welche Weise man den wohltätigen Einfluss der Organopräparate erklären kann.

Der Inhalt des Buches ist in 6 Kapiteln angeordnet, von denen das erste Kapitel — die Aufgaben der rationellen Organotherapie und die Urosemiotik, das zweite — den Wert und die Zweckmässigkeit der Organopräparate, das dritte — die Darstellung, chem. Eigenschaften und Anwendungsweise des Sperminum-Poehl, das vierte — die Einwirkung des Spermins auf den Stoffwechsel bespricht und das fünfte — die Tierversuche und die chemisch-physiologischen Belege für die Einwirkung des Sperminum-Poehl auf die Erhöhung der Immunität und auf die Entgiftung von Toxinen bringt. In dem letzten (6.) Kapitel ist dann eine grosse Reihe von klinischen Beobachtungen über die therapeutische Wirkung des Sperminum-Poehl bei den verschiedensten Krankheiten (Anaemie, Typhus, Marasmus senilis, Erkrankungen des Nervensystems, der Augen, des Herzens, der Lungen und Nieren, bei Syphilis, Erysipelas, Cholera asiatica etc.) mitgeteilt und es werden zum Beweise der günstigen Sperminwirkung viele Krankengeschichten angeführt, die aber nicht immer überzeugend wirken, wie z. B. in den Cholerafällen, wo neben dem Sperminum-Poehl gleichzeitig auch andere bewährte Choleramittel (Tannin, Opium, Aether, Infusionen von Kochsalzlösung etc.) in Anwendung gezogen wurden. Auf die in dem Buche entwickelten Theorien u. Ansichten können wir wegen beschränkten Raumes nicht näher eingehen und verweisen daher auf das Buch selbst. Jedenfalls verdienen die Verfasser volle Anerkennung für ihre Bemühungen, die Organotherapie auf eine rationelle Basis zu stellen und diese alte, jetzt aber in ganz neuem Gewande auftretende therapeutische Methode dem Verständnis der praktischen Aerzte näher zu bringen.

Bernhoff.

Gräupner (Nauheim): Die Messung der Herzkraft und deren Bedeutung für die Diagnose und Behandlung der chron. Herzkrankheiten. München 1905. 80 Pf.

G. lässt seine Patienten am Ergostaten eine messbare Arbeit leisten und kontrolliert den Einfluss der Arbeit auf das Herz, wobei er sich wesentlich nach der Blutdruckänderung und der Pulszahl und Qualität richtet. Er glaubt, durch

grosse Erfahrung auf diesem Gebiet so weit gekommen zu sein, dass er Herzklappenfehler, Myokarderkrankungen und Neurosen des Herzens ohne Perkussion und Auskultation zu diagnostizieren vermag. Die Methodik scheint nicht durchaus neu zu sein — leider wird sie nicht genau beschrieben, sondern es wird auf eine andere Arbeit des Verf. verwiesen. Wer die Variabilität des Blutdrucks und seine Abhängigkeit von der Psyche kennt, wird den grossen Optimismus des Verf., der den objektiven Wert seiner Methode durch viele Ausrufungszeichen hervorhebt, etwas skeptisch aufnehmen. Immerhin sind alle Versuche, eine funktionelle Herzdiagnostik zu schaffen, erfreulich und wünschen wir dem Verf. eine Bestätigung seiner Hoffnungen.

O. Moritz.

E. Hoenicke: Ueber das Wesen der Osteomalacie. Ein Beitrag zur Lehre von den Krankheiten der Schilddrüse. — Verlag von C. Marhold. Halle a. S. 1905.

Von manchen Autoren wird auf den engen Zusammenhang zwischen Osteomalacie und Basedow'scher Krankheit hingewiesen. Verf. hält die Beziehungen zwischen Osteomalacie und Schilddrüsenerkrankungen für viel wichtiger, viel mehr Analoges bieten diese beiden Erkrankungen. Interessant ist schon die geographische Abhängigkeit beider von einander: die Osteomalacie befindet sich geographisch in der Gefolgschaft des Kropfes. Die verschiedenartigsten Symptome, die eine sehr wechselnde Beschreibung und Beurteilung gefunden, lassen sich auf die Erkrankung der Schilddrüse zurückführen, vielfach Symptome, wie sie bei der Basedow'schen Krankheit vorkommen (Zittern, Durchfälle, Schwindel, Kongestionen, Herzklopfen). Das Krankheitsbild der Osteomalacie kompliziert sich auch mit Erscheinungen des Myxoedems, der Tetanie.

Die Fehling'sche Theorie, welche die pathologische Tätigkeit der Ovarien für das Entstehen der Osteomalacie verantwortlich macht, ist nach Verf.'s Meinung nicht richtig. Die Vergrösserung der Schilddrüse braucht nicht immer sehr ausgeprägt zu sein, das allgemeine klinische Verhalten der Osteomalacie jedoch entspricht dem anderer Schilddrüsenkrankheiten. H. spricht die Vermutung aus, dass bei der Behandlung der Osteomalacie die Strumektomie vielleicht von Erfolg sein wird. Darüber fehlen Erfahrungen.

Lingen.

Protokolle
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1336. Sitzung am 14. März 1905.

1. Dr. Lunin demonstriert das Herz eines 4-jährigen Knaben mit Persistenz des Ductus Botalli.

Knabe von 4 Jahren und 2 Monaten.

Der Knabe wurde ins Elisabeth-Kinder-Hospital am 15. Februar d. J. aufgenommen und starb am 19. Februar.

Anamnese: Vor 3 Wochen soll der Knabe einen Ausschlag gehabt haben, an den sich starker Durchfall anschloss. In den letzten Tagen Gedunsenheit des Gesichts und Schwellung der Füsse. Sonst soll der Pat. leidlich gesund gewesen sein.

Status präsens: Ein schwach entwickelter, mittelmässig genährter blasser Knabe. Körpergewicht 10400,0. Schwaches Oedem des Gesichts und der Extremitäten. Leichte Cyanose der Schleimhäute. Herzgegend leicht vorgewölbt. Herzgrenzen: rechts — rechter Rand des Sternums; oben — oberer Rand der 3. Rippe, links — im 1. Interkostalraum 1 cm. nach links von der Mamillarlinie. Deutliche bandförmige Dämpfung am linken Sternalrande. Spitzenstoss diffus an der Herzspitze. Ueber der Pulmonalis deutliches systolisches Schwirren und eine Erschütterung während der Diastole.

Ueber der Mitralis und Tricuspidalis ein schwaches systolisches Geräusch und 2 Töne. Ueber der Pulmonalis ein starkes systolisches Geräusch, das während der Diastole anhält. Während dieses diastolischen Geräusches hört man einen deutlichen verstärkten 2. Pulmonalton, der hin und wieder vom diastolischen Geräusche verdeckt erscheint.

Dieses systolische Geräusch ist am deutlichsten zu hören im 2. und 3. Interkostalraum in der Nähe des linken Randes des Sternums. Nach allen Richtungen nimmt das Geräusch an Intensität ab. Es wird fortgeleitet in die grossen Gefässe, besonders links und ist auf dem Rücken deutlich hörbar, besonders links, wo es sich, mit abnehmender Intensität, bis zum Angulus scapulae verfolgen lässt.

Ueber der Aorta das von der Pulmonalis fortgeleitete systolische Geräusch und ein deutlicher 2. Ton. Puls 125, schwach, in beiden Artt. radiales gleichmässig.

Stuhl erfolgt von 4—8 mal täglich. Stuhl gräulich schleimig und eitrig.

Pat. ist sehr schwach, am nächsten Tage pulslos. Exitus am 4. Tage nach der Aufnahme.

Die Diagnose lautete hier auf Persistenz des Ductus Botalli (Charakter und Lokalisation des Geräusches, verstärkter 2. Pulmonalton, Fortleitung in die grossen Gefässe und auf den Rücken, bandförmige Dämpfung, Hypertrophie der beiden Ventrikel, Alter des Pat.).

Da aber nur eine Persistenz des Ductus Botalli ohne jegliche andere Defekte zu den Seltenheiten gehört, glaube ich doch eine leichte Stenose der Pulmonalis annehmen zu können mit Intaktsein der Klappen (Akzent des 2. Tones), zumal der rechte Ventrikel deutlich vergrössert erschien. Ueber etwaige andere Defekte liess sich mit Bestimmtheit nichts aussagen.

Die Sektion ergab: Hydroperikardium mittleren Grades. Persistenz des Ductus Botalli, etwa ½ cm. lang für eine gewöhnliche dünne Bleifeder durchgängig, und starke Erweiterung der Art. pulmonalis. Sonst keine Veränderungen zu finden. Demonstration des Präparats.

(Autoreferat).

2. Dr. Petersen spricht über tuberkulöse Hautaffektionen und demonstriert eine Patientin nebst einer Moulage. Der Vortrag wird im Druck erscheinen.

3. Dr. Kernig: Ueber einen Typhusfall unter aussergewöhnlichen Umständen.

Kernig spricht über einen Fall von Typhus abdominalis unter ganz aussergewöhnlichen Umständen. Der Fall, bei dem es sich um eine am 9. Januar 1905 erfolgte Schussverletzung des Unterleibes im allerersten Beginn eines Typhus mit nachfolgender ausgiebiger Darmresektion und schliesslicher Genesung handelt, wird ausführlich mitgeteilt in der «Berliner Klinischen Wochenschrift» dieses Jahres, Nr. 44, a (Festnummer zu Ehren Prof. C. A. Ewald's).

Diskussion:

Dr. Germann fragt, ob so ausgedehnte Darmresektionen, wie in dem referierten Falle, keine üblen Folgen für die Ernährung und das Wohlbefinden der Patienten haben?

Dr. Kernig: Die Patientin macht allerdings langsame Fortschritte in der Erholung, trotz sehr guten Appetites.

Westphalen: Erfahrungsgemäss können am Erwachsenen ca. 200 cm. Dünndarm ohne üble Folgen reseciert werden. Durch Stoffwechselversuche ist festgestellt worden, dass die Ernährung dabei genügend bleibt. Nach ausgedehnten Resektionen sind aus leicht verständlichen Gründen gelegentlich Durchfälle hartnäckigen Charakters beobachtet worden.

Dr. Ucke: Obgleich an der Diagnose nicht zu zweifeln ist, erscheint es merkwürdig, dass in den Stühlen keine Bazillen nachweisbar waren. Die Erklärung dafür kann in dem Umstande zu suchen sein, dass gerade die Darmpartien reseziert worden sind, in denen die Geschwüre am häufigsten und am zahlreichsten angetroffen werden. Diese Partien des Darmes beherbergen wohl auch vorherrschend die Typhusbazillen. Ob der Typhus dank der Resektion dieser Darmregion so leicht verlaufen ist, ist fraglich. Die Typhusbazillen könnten vielleicht jetzt noch im Harne nachgewiesen werden.

Dr. Wladimirow: Es ist wohl möglich, dass noch jetzt Bazillen im Urin nachweisbar sind, aber auch ein negativer Befund kann nicht gegen Typhus sprechen, wenn das klinische Bild, wie in diesem Falle, unantechtbar ist.

Dr. Kernig: Der ungewöhnlich leichte Verlauf des Typhus während einer schweren Epidemie legt den Gedanken nahe, dass die Patientin tatsächlich durch die ausgedehnte Darmresektion gerettet worden ist. Was den negativen Bazillenbefund anbetrifft, so darf dieser Umstand allerdings an der Diagnose nicht irre machen. Sind wir doch auch bei anderen Infektionskrankheiten häufig in der Lage die Diagnose mit Sicherheit stellen zu können, ohne dass die spezifischen Erreger zur gegebenen Zeit gefunden werden. So bei der Phthise bei Abwesenheit oder grosser Spärlichkeit des Sputums, bei Recurrens u. s. w.

4. Dr. Petersen referiert über folgenden Fall aus dem Kalinkinhospital. Eine Frau trat wegen einer Dermatitis an der Innenfläche der Oberschenkel in Behandlung. Die Dermatitis war Folgeerscheinung einer Incontinentia urinae, die ihrerseits durch eine starke Erweiterung der Harnröhre bedingt war. Es stellte sich heraus, dass wegen einer Vesikovaginalfistel an der Frau eine künstliche Atresie der Vagina gemacht worden war und dass die Erweiterung der Urethra durch trotzdem fortgesetzte Cohabitationen zustande gekommen war. Das merkwürdigste war, dass eine Conception stattgefunden hatte. Im Anschluss an eine Influenza trat ein Abort ein und aus der Urethra kam ein Bein des Fötus zum Vorschein. Nach Trennung der Scheidenatresie wurde der Abort ausgeräumt, wobei in der Vesikovaginalwand ein grosser Defekt konstatiert werden konnte.

Direktor: W. Kernig.
Sekretär: Wold. Fick.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau.

Sitzung vom 10. Februar 1905.

1. Braun stellt einen Fall von Neuritis retrobulbaris vor. Die 18-jährige Patientin ist im Laufe von drei Tagen auf dem linken Auge vollständig erblindet. Ophthalmoskopisch findet sich nur eine leichte Verschleierung des Pupillenrandes. Die Patientin ist sonst völlig gesund. Anamnestisch ist, abgesehen von gelegentlichen Menstruationsstörungen, nichts festzustellen.

Christiani weist auf das Vorkommen einseitiger hysterischer Amaurosen bei Menstruationsstörungen hin. Friedberg sah bei einem jungen hysterischen Mädchen eine doppelseitige Amaurose eintreten. Haensell macht darauf aufmerksam, dass bei Influenza plötzliche Erblindung eintreten könne, wie er es an einem eignen Fall beobachtet habe.

2. Ischreyt referiert über einen Fall von Neuritis retrobulbaris, den er vor einigen Jahren zu untersuchen Gelegenheit hatte. Herr A. L., 45 Jahre alt, bemerkte nach einer Jagd vor dem rechten Auge plötzlich einen horizontalen braunen Streifen, während oben und besonders unten das Gesichtsfeld frei war. Durch diesen Streifen sah er die Gegenstände undeutlich aus. Am nächsten Tage war nur noch der rechte Teil des Gesichtsfeldes erhalten, am Tage darauf auch dieser verdunkelt. Augenblicklich entsteht ein dumpfer Schmerz bei Bewegungen des Auges. Patient ist starker Raucher, sonst keine ätiologisch bemerkenswerte Angaben. Die objektive Untersuchung stellt eine vollständige Amaurose des rechten Auges fest, die Pupille reagiert auf Licht sehr wenig. Im ophthalmosk. Bilde zeigt sich die Macula als verwaschener kirschroter Fleck, während die Papille und die Gefässe normal aussehn. Referent möchte als Ursache der Erblindung eine retrobulbäre Blutung voraussetzen, die durch die körperliche Anstrengung veranlasst sein könnte.

Nach Haensell müsste auch an den Einfluss von Tabak und Alkohol gedacht werden.

3. Friedberg stellt einen Fall von Morbus Addisonii vor. Die 35-jährige Patientin bemerkt seit 1½ Jahren, dass die Haut dunkler wurde. In der letzten Zeit ist ein starker Kräfteverfall zu bemerken gewesen.

4. Christiani spricht über den heutigen Stand der Therapie des Uteruskarzinoms.

Ref. berichtet über die Erfolge und Misserfolge der Totalexstirpation p. vaginam. Durch grössere Sammelforschungen wurde festgestellt, dass trotz aller technischen Vervollkommnungen der Operation (Schuchard'scher Scheidenschnitt, Igniexstirpation nach Mackenrodt z. B. etc.) nur eine Heilung von 9,7 pCt. aller sich dem Gynaekologen vorstellenden Karzinomkranken erzielt wurde. Verständlich war es daher, dass einzelne Operateure (Veit, Riese, Rumpf, Küstner) sich wieder des bedeutend gefährlicheren, scheinbar leistungsfähigeren Freundschen Operation zuwandten, da durch dieselbe auch die erkrankten Drüsen ausgeräumt werden konnten.

Diese zu gleicher Zeit beginnende rege path.-anat. Forschung über das Ausbreitungsgebiet des Karzinoms in seinen verschiedenen Formen und bei seinem verschiedenen primären Sitz (Schüle, Wertheim, Döderlein, Mackenrodt, Bumm, sowie auch d. Amerikaner) bewies aber auch die Unzulänglichkeit der Freundschen Operation mit blosser Drüsenausräumung und führte zu den Operationen von Wertheim und Mackenrodt, sowie deren Veränderung und Vervollkommnungen durch Döderlein, Bumm, Krönig und andere. Trotz der heute noch immer hohen primären Mortalität konnte Wertheim doch schon auf ein absolutes Heilungsresultat von 27,5 pCt. zurücksehen und ist eine Verbesserung desselben noch immer weiter anzunehmen.

Dass die Wertheim-Mackenrodtsche Operation bei genauer Indikationsstellung, auch besonders mit Bezug auf die path.-anat. Verbreitungsweise der verschiedenen Krebsformen, bei klinisch genauerer Beurteilung der Blasen- und Ureterenverhältnisse (Pankow) die Operation der Zukunft werden wird und zwar mit Beibehaltung der vaginalen Totalexstirpation für gewisse elective Formen des Portiokarzinoms scheint Ref. sicher; ebenso sicher erscheint ihm aber auch, dass auch durch die totale Ausräumung des kleinen Beckens das positive Heilungsprozent des Uteruskrebses nur bis zu einem gleichen Grade noch verbesserungsfähig ist.

Entschieden aussichtvoller erscheint Ref. der Weg, den Winter im Kampfe gegen diese Geissel der Menschheit seit über 3 Jahren beschritten, durch bessere Ausbildung der Aerzte, der Hebammen und besonders auch durch Belehrung des Publikums die Krankheit in ihren Anfangsstadien bereits zu erkennen und dann einer erfolgreichen Operation zuzuführen. Ref. wünscht den Bestrebungen Winters, welche in Deutschland z. B. von den meisten gynäkologischen Gesellschaften Unterstützung gefunden, auch bei uns durch möglichste Verbreitung seiner Schriften Eingang.

Dass selbst von Aerzten noch vielfach gegen die Diagnose Karzinom aus den verschiedensten Gründen gesündigt und dadurch die Krankheit verschleppt wird, dafür führt Ref. allein 6 Fälle von Karzinom im Klimakterium an. Wenn nur jede Blutung, ja selbst jeder im Klimakterium auftretende Ausfluss sachverständiger Hülfe zur Ausschliessung der Malignität überwiesen werden würde, wäre wenigstens einiges erreicht.

Ref. glaubt, dass gar nicht nachdrücklich genug darauf hingewiesen werden kann, dass weit über die Hälfte aller klimakterischen Blutungen auf maligner Basis beruhen.

Nicht einverstanden erklärt sich Ref. mit dem Vorschlage Winter's, die Probeabrasio resp. Exzision dem praktischen Arzt zu überlassen. Die krebsverdächtige Frau gehört in die Spezialbehandlung, um mit allen Hülfsmitteln der modernen Technik, wozu durchaus spezielle Ausbildung gehört, über die Natur ihres Leidens Aufschluss zu erhalten.

(Autoreferat.)

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der Leibmedikus Dr. L. Berthenson hat, wie wir zur Berichtigung unserer Notiz der letzten Nr. mitteilen können, zwei Ernennungen erhalten: 1) zum Mitgliede des Konseils des Handels- und Industrieministers, und 2) zum ständigen Mitgliede des Reichs-Medizinalrats seitens des Handels- und Industrieministeriums.

— Der berühmte Physiologe Professor Dr. E. Hering in Leipzig ist von der hiesigen Akademie der Wissenschaften zum korrespondierenden Mitgliede gewählt worden.

— Zum Direktor des Irrenhospitals «Alle Leidtragenden» (auf der 11. Werst der Peterhofer Chaussee) ist, an Stelle des verstorbenen Dr. Tscheremschanski, der bisherige Gehülfe desselben Dr. S. Ljubimow und zum Gehülfen des Direktors der ältere Arzt dieses Hospitals Dr. N. Dmitrewski ernannt worden.

— Ordensverleihungen: Der Weisse Adlerorden — dem beständigen Mitgliede des militär-medizinischen gelehrten Komitees, Leibmedikus Dr. Wl. Alyschewski und dem Militär-Medizinalinspektor des sibirischen Militärbezirks Dr. E. Kasanski.

— Befördert: Zu Geheimräten — die beratenden Mitglieder des militär-medizinischen gelehrten Komitees Prof. Dr. Rein und Ehrenleibchirurg Dr. Kruglewski, der Gehülfe des Chefs der Ober-Militär-Medizinalverwaltung Dr. Heinz und der Militär-Medizinalinspektor des Moskauer Militärbezirks Dr. Jakubow.

— Dem älteren Kreisarzt des Mitauschen Kreises Dr. Gustav Otto ist der St. Wladimirorden IV. Klasse verliehen worden.

— Das Stadthaupt von Windau Dr. med. Blau ist auf sein Gesuch vom Gouverneur seines Amtes enthoben worden.

— Zu Vorsitzenden der Sanitätskuratorien in Odessa sind von der Stadtduma der Professor Dr. W. Sawjalow und der Privatdozent Dr. L. Tarassewitsch gewählt und vom Stadthauptmann bestätigt worden.

— Zum Generalstabsarzt der preussischen Armee und Chef des Sanitätskorps ist, nach dem Tode Prof. v. Leutholds, der bisherige Generalarzt (mit dem Range eines Generalmajors) Dr. Otto Schjerning ernannt worden. Zugleich ist er ordentlicher Honorarprofessor in der medizinischen Fakultät der Berliner Universität geworden, wie es seine Vorgänger Dr. v. Leuthold und Dr. v. Coler ebenfalls waren. Die wissenschaftlichen Verdienste Schjernings liegen einmal in seinen Beiträgen zur Kriegschirurgie, sodann in seinen Studien über die Tuberkulose und den Wundtetanus im Heere.

— Professor Dr. Schweninger wird, wie die «Tägl. Rundschau» berichtet, am 1. Juli d. J. von der Leitung des

Teltower Kreiskrankenhauses in Gross-Lichterfelde (bei Berlin) zurücktreten. Die Ursachen sollen teils Ueberbürdung, teils Angriffe gegen seine Tätigkeit im Kreiskrankenhause sein. Nach seinem Rücktritt soll Prof. Schweninger seine Praxis in der Charité weiter ausüben und auch seine Vorlesungen an der Universität fortsetzen wollen.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Im Doktorat Eehall-Fennern (Livland) am 9. Dezember 1905 der dortige Kirchspielsarzt Magnus Benno Jürgens im nahezu vollendeten 63. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war in Hapsal als Sohn eines Lehrers geboren, erhielt seine Gymnasialbildung in Reval und widmete sich dann dem Studium der Medizin an der Dorpater Universität, an welcher er mit Unterbrechung von 1863—1871 studierte. Nach Erlangung des Arztgrades, praktizierte er von 1871—1875 auf der Tuchfabrik Zintenhof bei Pernau und nahm dann die Kirchspielsarztstelle in Fennern an, welche er bis zu seinem Lebensende inne hatte. Ueber 13 Jahre fungierte er auch als einer der Direktoren an der Fennernschen Taubstummenanstalt, zu deren Gründern er gehörte. 2) Am 25. Dezember in Kasan der Prof. emer. der Therapie und Direktor der therapeutischen Fakultätsklinik an der dortigen Universität Dr. Nikolai Kotowschtschikow im Alter von 60 Jahren an Pneumonie. Nach Absolvierung seiner Studien i. J. 1869 war der Verstorbene anfangs Assistent, dann Privatdozent und seit ca. 20 Jahren Professor an der Universität Kasan. Zugleich bekleidete er auch den Posten eines Arztes am örtlichen Veterinärinstitut. 3) In St. Petersburg am 13. Dezember a. pr. der Landschaftsarzt im Kirchdorfe Rakuschizy (Gouv. Nowgorod) Maximilian Ginsberg im 38. Lebensjahre nach 14-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 4) In den letzten Tagen des Dezember-Monats in Moskau der Arzt an der dortigen Palaisverwaltung Dr. Wl. Iwanow im Alter von 56 Jahren. Der Verstorbene, welcher sich speziell mit Frauen- und Kinderkrankheiten beschäftigte, hatte i. J. 1872 die Venia practicandi in Moskau erlangt. 5) Wie die «Kölnische Zeitung» mitteilt, starb am 27. Dez. in Köln der Kreisphysikus a. D. Sanitätsrat Dr. Peter Jakobs, der älteste der Kölner Aerzte, der 1902 sein 70-jähriges Doktorjubiläum beging und bis in die letzten Tage eine beneidenswerte Rüstigkeit zeigte. Er ist 96 Jahre alt geworden.

— Professor Dr. Jerofey W. Kostenitsch, dessen Tod wir in der vorigen Nummer meldeten, war 1854 im Gouvern. Mohilew geboren. 1876 wurde er an der St. Petersburger Universität für das Studium der Naturwissenschaften immatrikuliert, fungierte als Laborant im Institut Prof. Owssjannikows und erhielt für seine embryologische Preisarbeit die goldene Medaille. Nach Absolvierung des Universitätsstudiums mit dem Kandidatengrad, trat K. 1880 in den III. Kursus der militär-medizinischen Akademie, die er 1883 absolvierte, um dann Assistent an der Augenklinik Prof. Dobrowolsky's zu werden. 1888 auf Grund seiner die Entwicklung des Auges behandelnden Dissertation zum Dr. med. promoviert, habilitierte er sich an der St. Petersburger Universität als Privatdozent der Embryologie und Histologie. 1890 auf 3 Jahre zur weitern Ausbildung von der Akademie abkommandiert, arbeitete er bis 1893 an einigen Augenkliniken des Auslandes. Nach seiner Rückkehr wurde K. 1894 zum klinischen Professor und Konsultanten für Augenkrankheiten am Warschauer Ujasdow-Militärhospital, 1898 ausserdem zum Professor extraordinarius der Ophthalmologie an der Warschauer Universität ernannt. 1900 erfolgte seine Berufung auf das durch den Tod Dohnberg's vakant gewordene Katheder der Ophthalmologie am hiesigen klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna und zugleich seine Ernennung zum Konsultanten des Nikolai-Militärhospitals. Ausserdem wurde er zu Beginn d. J. 1904 nach dem Tode von Schroeders zum Direktor und Oberarzt der St. Petersburger Augenheilanstalt ernannt. Den letzteren Posten hat K. mithin kaum zwei Jahre lang innegehabt. Bereits vor Jahresfrist erkrankte er an einer schweren Pneumonie, an die sich ein Pyopneumothorax und weiterhin ein schweres Siechtum schloss, das seiner regen Tätigkeit ein vorzeitiges Ende bereitete. Als Todesursache ergab die Obduktion ein metastasierendes Lungenkarzinom.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Der Professor und Privatdozent der Kiewer Universität Dr. Lominski ist zum ausserordentlichen Professor auf dem Lehrstuhl der Histologie und Embryologie ernannt worden.

— Der bekannte Kliniker Prof. Dr. Wilh. Ebstein, Direktor der medizinischen Klinik in Göttingen, wird, wie verlautet, mit dem Ende des nächsten Semesters von seinem Lehramte zurücktreten.

— An der Berliner Universität sind der Assistent Prof. Lessers, Stabsarzt Dr. Hans Hoffmann, der sich durch sein Werk über Spirochaeten einen wissenschaftlichen Namen gemacht hat, sowie der Privatdozent Dr. Kurt Brandenburg, Chefredakteur der Wochenschrift «Medizinische Klinik», zu Professoren ernannt worden.

— Dem Privatdozenten und ersten Assistenten Professor Uhthoffs an der Augenklinik der Breslauer Universität, Dr. Leopold Heine, ist der Professortitel verliehen worden.

— Zum Stiftungstage der Dorpater Universität waren, wie sich nachträglich herausstellt, drei medizinische Preisarbeiten eingereicht worden, welche von der medizinischen Fakultät prämiiert worden sind, und zwar ist für die Bearbeitung des Themas «Experimentelle Untersuchung des Diabetes suprarenalis» dem stud. med. Aron Baron aus Witebsk die goldene Medaille zuerkannt worden, und soll diese Arbeit in den «Gelehrten Abhandlungen» der Universität abgedruckt werden. Für die zweite Preisaufgabe waren zwei Bearbeitungen eingelaufen, und zwar von dem Pharmazeuten Joh. Stamm aus Dorpat und dem stud. med. Boris Milk aus St. Petersburg, von denen der erstere die goldene Medaille, der letztere die silberne Medaille erhielt.

— In einer der letzten Sitzungen des Professorenkonseils des Weiblichen Medizinischen Instituts gelangten zur Beratung folgende Fragen: 1. die Aufnahmebedingungen für das Institut im Sinne von Ergänzungsexamen; 2. ein Gesuch der weiblichen naturwissenschaftlichen Kurse von Frau Lochwitzki-Skalon, und 3. ein Gesuch des Studenten der Jurjewer Universität Walentin Wssesswjatski um seine Aufnahme ins weibliche medizinische Institut. Es wurde beschlossen, beim Minister um Beibehaltung der bisherigen Aufnahmebedingungen nachzusuchen. Das Gesuch der Frau Skalon, den Abiturientinnen ihrer Kurse bei der Aufnahme ins Medizinische Institut den Vorzug zu gewähren, wurde an eine Kommission verwiesen. Den Clou der Debatten bildete das Gesuch des Studenten W., ihn in den vierten Kursus des Weiblichen Instituts aufzunehmen, weil dort seine Gattin Zuhörerin ist und gemeinsam sich besser studieren lasse . . . Mehrere Mitglieder des Konseils fanden keine Schwierigkeit, das Gesuch zu genehmigen, da ja auch Frauen in Männeruniversitäten aufgenommen werden. Andere machten dagegen geltend, dass das eine Verletzung der Statuten der Anstalt wäre, die nur Zuhörerinnen kennt. Der Konseil fand einen Ausweg aus dem Dilemma und beschloss, den Studenten Wssesswjatski als freien Zuhörer in die Anstalt zuzulassen.

Standesangelegenheiten.

— Wegen Beteiligung an politischen Umtrieben ist wieder eine Reihe von Aerzten und Hospitalangestellten in verschiedenen Gegenden des Reiches arretiert worden. So ist der Landschaftsarzt in Chmelnik (Podolien) Dr. Donskoi wegen Veranstaltung unerlaubter Meetings ins Gefängnis gesetzt worden; die Podolische Gouv.-Landschaft hat ihn infolge dessen aus dem Dienst entlassen. — Im Kirchdorfe Isnoskowo (Gouv. Kursk) ist die Aerztin M. A. Lebedewa gefänglich eingezogen worden, da sie beschuldigt wird, die Bauern zur Zerstörung des Tereschtschenkoschen Gutes aufgereizt zu haben. — Ueber die kaukasischen Bäder Pjatigork, Kisslowodsk und Essentuki ist der Kriegszustand verhängt und mehrere Aerzte sind dort als Hauptanstifter der Unordnungen verhaftet worden. — In Mitau ist der Gehülfe des Gouvernements-Medizinalinspektors Dr. Bjelilowski arretiert, jedoch später auf Kaution aus der Haft entlassen worden. Im Rigaschen Stadtkrankenhause sind in Anlass der unter dem niederen Beamtenpersonal herrschenden Gährung, die u. a. auch bei einem im Hospital veranstalteten, obrigkeitlich nicht gestatteten Meeting zutage trat, in der Nacht auf den letzten Dezember Verhaftungen von 2 Frauen und 7 Männern des Personals vorgenommen worden.

— Ein ärztlicher Verein zur Bekämpfung der Missbräuche in Polikliniken ist in Berlin gegründet worden. Der Verein will versuchen, der missbräuchlichen Ausnutzung von Polikliniken und der Schädigung der Aerzteschaft durch Behandlung zahlungsfähiger Patienten zu steuern.

— Ist Pfarrer Kneipp ein Kurpfuscher gewesen? Bei der 25-jährigen Feier des Bestehens der «Vereinigung gegen Quacksalberei» in Amsterdam hatte der Professor für Frauenkrankheiten an der Amsterdamer Universität, Dr. Hektor Treub, in seiner Rede die Tätigkeit des Pfarrers Kneipp als Kurpfuscherei charakterisiert. Da Kneipp auch in Holland überzeugte und selbst fanatische Anhänger hat, so blieb der Widerspruch nicht aus, und ein Arzt kündigte dem Professor öffentlich die Fehde in Gestalt einer demnächst gegen ihn gerichteten Broschüre an. Mit einem geringschätzigen Hohn misst Dr. Treub aber jetzt schon seinen Gegner von Kopf bis zu den Füssen, und in einer Erklärung, die er im «Nieuwe Rotterdamsche Courant» veröffentlicht, heisst es: «Kneipp war ein Quacksalber 1. weil er in seinem Buche «Meine Wasserkur» tut, als ob vor ihm niemals von einer rationellen Wasserbehandlung die Rede gewesen wäre; 2. weil er über Krankheitsursachen spricht, von denen er offenbar nicht die geringste Kenntnis besitzt und weil er mit quasi demütiger Pedanterie seine Theorie mitteilt, die nichts anderes ist, als die Wiederaufwärmung, und dazu noch eine sehr misslungene, einer längst als unhaltbar erkannten und deshalb auch aufgegebenen medizinischen Auffassung, der sogenannten Humoralpathologie; 3. weil er schlankweg behauptet, dass seine Behandlung für alle möglichen Krankheiten passt, die überhaupt geheilt werden können und 4. weil er in seinem Buche unter dem Titel «Krankheiten» ein Gemenge von gefährlichem medizinischen Unsinn und erbarmenswerter Selbstüberhebung zum besten gibt. Sobald mein Gegner die Unrichtigkeit dieser vier Behauptungen bewiesen hat, werde ich nicht säumen, das Andenken Kneipps von dem Epitheton «Quacksalber» zu säubern».

Epidemiologisches.

— Ueber die Cholera und die Pest liegen folgende offizielle Nachrichten aus dem Reich vor:

Cholera. Vom 26.—28. Dezember a. pr. wurde in den Grenzen des Weichselgebietes nur ein Todesfall an der Cholera im Makowschen Kreise des Gouvernements Lomsha konstatiert.

Pest: Einem Telegramm des Astrachanschen Gouverneurs vom 30. Dezember zufolge, ist in der Kirgisensteppe am 20. Dezember wieder je ein Todesfall im 1. Küstenbezirk und im Narynschen Teil vorgekommen.

Verschiedene Mitteilungen.

— Im November v. J. beging die «Société médico-chirurgicale» in Paris das 100-jährige Jubiläum ihres Bestehens: Sie wurde i. J. 1805 unter dem Namen «Confraternelle philanthropique» von Dr. Duchateau gegründet.

— Die weitverbreitete und beliebte, unter der Redaktion der DD. H. und Th. Lohnstein im Verlage von Oskar Coblentz in Berlin erscheinende «Allgemeine medizinische Zentral-Zeitung» hat mit dem Januar a. c. ihren 75. Jahrgang begonnen. Sie ist die älteste medizinische Wochenschrift Deutschlands.

— Am 11. Dezember eröffnete die im vorigen Jahre gegründete St. Petersburger Gesellschaft zur Fürsorge für tuberkulöse Kranke eine Heilanstalt für ambulante Kranke (Degtjärnaja 22, Qu. 20). Bei der Heilanstalt befindet sich auch ein Spezialkabinet für klinisch-bakteriologische Untersuchungen unter der Leitung von Dr. A. Windelbandt. Da die Gesellschaft nur über geringe Mittel verfügt, welche aus den Mitgliedsbeiträgen (3 Rbl.) und freiwilligen Spenden bestehen, so ist die Anstalt fürs erste in einem recht kleinen Raume untergebracht. Präses der Verwaltung ist der Stadtverordnete A. J. Kabat.

— Zur Frage über die Reglementierung der Prostitution berichten die Blätter, dass das Ministerium des Innern in einem Zirkular an die Gouverneure und Stadthauptleute erklärt hat, dass weder die polizeiärztlichen Komitees noch die Polizei-Verwaltungen ein Frauenzimmer in die Listen der Prostituierten aufnehmen dürfen. Falls konstatiert wird, dass ein Frauenzimmer geheime Prostitution treibt, so ist sie für den Betrieb eines unerlaubten Gewerbes zur gerichtlichen Verantwortung zu ziehen.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 17. Dez. d. J. 11059 (29 mehr als in d. Vorw.), darunter 950 Typhus — (11 wen.). 1027 Syphilis — (16 mehr), 409 Scharlach — (10 wen.), 162 Diphtherie — (1 mehr), 102 Masern — (2 wen.) und 28 Pockenkranke — (1 wen. als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 11. bis zum 17. Dez. d. J. im ganzen 772 (426 M., 346 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 27, Febris recurrens 3, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 28, Scharlach 28, Diphtherie 15, Croup 0, Keuchhusten 10, Croupöse Lungenentzündung 28, Erysipelas 7, Grippe 13, Katarrhalische Lungenentzündung 74, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberkulose der Lungen 102, Tuberkulose anderer Organe 26, Alkoholismus und Delirium tremens 10, Lebensschwäche und Atrophia infantum 34, Marasmus senilis 23, Krankheiten des Verdauungskanals 75, Totgeborene 45.

Am 24. Dez. d. J. betrug die Zahl der Kranken 10504 (445 wen. als in der Vorwoche.), darunter 881 Typhus — (69 wen.), 975 Syphilis — (52 wen.), 411 Scharlach — (2 mehr), 139 Diphtherie — (23 wen.), 77 Masern — (25 wen.) und 30 Pockenkranke (2 mehr als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 18. bis zum 24. Dez. d. J. im ganzen 775 (427 M., 348 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 28, Febris recurrens 4, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 25, Scharlach 27, Diphtherie 25, Croup 0, Keuchhusten 9, Croupöse Lungenentzündung 21, Erysipelas 4, Grippe 3, Katarrhalische Lungenentzündung 59, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 9, Tuberculose der Lungen 89, Tuberculose anderer Organe 21, Alkoholismus und Delirium tremens 19, Lebensschwäche und Atrophia infantum 53, Marasmus senilis 23, Krankheiten der Verdauungsorgane 82, Totgeborene 25.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 10. Jan. 1906.

Tagesordnung: Blessig: Präsidialvortrag.

Berichte der Sekretäre und des Kassierers.

Beschlussfassung über Anträge betreffend:

1) die Beteiligung des Vereins an der Hilfeleistung in den Hungergegenden.
2) das i. J. 1909 bevorstehende 50-jährige Jubiläum des Vereins.

Wahlen.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 16. Jan. 1906.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau L. A. Bogoslowskaja, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.

Frau Gülsen, W. O., 17 Linie, Haus № 16 Qu. 18.

Sophie Nafthal. Вас. остр. Тучковъ пер. 7, кв. 5.

Dieser № liegt ein Prospekt über «**Santyl** (Knoll)» bei.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. — Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petb., W. O., 4 Linie, 5 zu richten. Sprechstunden tägl. ausser Mittwoch u. Sonntag v. 4—6 U. Telephon 20557.

№ 2 St. Petersburg, den 14. (27. Januar). **1906.**

Wie führen wir die schulärztlichen Untersuchungen am Gymnasium am zweckmässigsten aus?

Von

Dr. O. Koppe — Pernau.

Es giebt noch kein einheitliches Schema der Schüleruntersuchung, weder bei uns noch im Auslande. Es kann uns das nicht wundern, denn auch die Schulen sind nicht gleichartig. In einer Volksschule werden uns andere Dinge interessieren als in einem Gymnasium und dort wieder andere als in einer Militärschule. Zweck der Untersuchung ist in jedem Falle ein möglichst vollständiges Bild der Körperbeschaffenheit des Schülers zu liefern, nicht nur im negativen Sinne, indem sie die bekannten Schulkrankheiten, welche das Auge, das Ohr, die Sprache, die Wirbelsäule betreffen, notiert, sondern auch im positiven Sinne, indem sie die Gesamtkonstitution des Schülers berücksichtigt.

Das Schema des Rigaschen Lehrbezirks für die am Anfange des Lehrjahres vorzunehmende Untersuchung der Schüler der Gymnasien lautet:

Ростъ, обхватъ груди, вѣсъ, тѣлосложеніе, зрѣніе, слухъ, рѣчь, болѣзни.

In der Tat ist hierin ein gutes Bild der körperlichen Beschaffenheit der Schüler enthalten. Fügen wir noch Rubriken hinzu für das Jahr der Untersuchung, Alter und Klassen, sowie eine für Bemerkungen zur Notierung der Zustände, über welche wir am Schluss des Jahres zu berichten haben, so erhalten wir ein Schema, das allen Anforderungen genügt und uns nicht nur über die körperliche Beschaffenheit, sondern auch über den geistigen Fortschritt des Schülers einigermassen Aufschlussegben kann, wenn wir diese Sanitätsliste fortlaufend alljährlich ausfüllen und uns dabei leicht übersichtlicher Zahlen und Zeichen bedienen: z. B.

Census:		Krankheiten:	
5	= sehr gut	K	= Keuchhusten
4	= gut	O	= Masern
3	= genügend	□	= Scharlach
2	= ungenügend	∞	= Pocken
1	= schlecht.	T	= Typhus
		Λ	= Lungenentzündung.

Ein Beispiel wird das Gesagte deutlich machen.
Nr. 6 des Journals. Schüler T. K.

№	имя	годъ	классъ	возрастъ	ростъ	обхватъ	вѣсъ	тѣлосл.	зрѣніе	слухъ	рѣчь	болѣзни	примѣчанія.
	18	95	A.	7	124	57/64	61	5	4	4	4	O K	
		96	Б.	8	126	57/65	67	5	5	5	4	Λ	
		97	I	9	129	60/67	74	4—5	5	4	4		
		98	II	10	135	62/69	82	5	5	5	5		
	K.	99	III	11	140	63/70	92	5	5	5	5		
6	19	00	IV	12	144	65/72	111	5	5	5	5	□	
		01	V	13	150	67/76	122	4—5	5	5	5		
	T.	02	VI	14	158	70/80	134	4—5	5	4	5		
		03	VII	15	165	74/85	150	5	5	5	5		
		04	VIII	16	170	76/86	156	5	5	5	5		

Wir sehen hier eine durch 10 Jahre geführte Schüleruntersuchung. Der Schüler entwickelt sich körper-

lich und geistig normal. Er beendet mit jedem Jahre eine Klasse. Seine Länge nimmt um ca. 50 Ctm. zu, sein Gewicht um ca. 100 Pf. Sein Brustumfang, der anfangs übernormal ist, geht — wohl infolge der überstandenen Lungenentzündung (Λ) — um 1 Ctm. zurück und erreicht dann später die Norm von 10 Ctm. Der 1900 überstandene Scharlach (□) hinterlässt eine kleine Schädigung der Konstitution, die sich nach 2 Jahren ausgleicht. Masern (0) und Keuchhusten (K) hat er, wie die Mehrzahl der städtischen Schüler, schon vor dem Schulbesuch durchgemacht. Der Kurzsichtigkeit ist er entgangen; ebenso ist Gehör und Sprache tadellos beim Verlassen der Schule.

Ein anderes Beispiel, Nr. 17 des Journals:

№	имя	годъ	классъ	возрастъ	ростъ	обхватъ	вѣсъ	тѣлосл.	зрѣніе	слухъ	рѣчь	болѣзни	примѣчанія.
	18	95	A.	7	124	59/66	62	4—5	4	4	4	O □	
	T.	96	B.	8	129	60/70	67	5	4	3	3		Rhinitis chr.
		97	I	9	134	60/66	70	4—5	3	3	3		Myopie 2.0
		98	I	10	137	63/69	80	4—5	3	4	4		
		99	II	11	141	65/72	88	4	3	3	3		
17	19	00	II	12	146	65/72	96	4	3	4	3		
		01	III	13	150	67/74	105	4—5	3	4	4		
	P.	02	IV	14	156	70/79	119	4—5	3	4	4		
		03	V	15	163	75/85	129	4—5	3	5	4	Λ	
		04	VI	16	168	77/86	140	5	3	5	5		

Der Schüler zeigt eine ähnliche Körperbeschaffenheit wie der vorige. Die II. und III. Klasse machen ihm Schwierigkeiten; auch verlässt er das Gymnasium vor dem Abschluss. Sein Gehör leidet vorübergehend durch den Schnupfen, seine Augen werden etwas kurzsichtig; eine Lungenentzündung übersteht er gut, denn die Capacität geht nur um 1 Ctm. zurück; mit dem Schnupfen leidet auch die Sprache vorübergehend.

Diese Beispiele werden genügen, um die Art der Untersuchung zu illustrieren. Die Konstitution kann am entblössten Oberkörper mit ausreichender Genauigkeit auf 1—5 abgeschätzt werden. Will man noch genauere Daten gewinnen, so zerlege man gewissermassen die Gesamtkonstitution in ihre Komponenten: Gesichtsfarbe, Knochen, Muskeln, Fettpolster, Haut, Drüsen, Lungen, Herz und bewerte diese zunächst einzeln für sich mit obigem Census. Die Gesamtsumme durch 8 geteilt, giebt dann die Konstitution in Bruchform z. B. 4,53, für welche wir einen Mittelwert 4—5 einschieben können. Das Nähere ist in der Zeitschrift für Schulhygiene 1905 Nr. 3 vom Verf. ausgeführt.

Wenn diese Untersuchungen im Anfang jeden Schuljahrs vorgenommen werden, so kann der Schularzt schon auf der Oktober-Konferenz über jeden Schüler Auskunft erteilen, auf die schwächlichen aufmerksam machen und andererseits sich diejenigen Schüler anmerken, welche als неуспѣшны mit III° bezeichnet werden, um zu beobachten, ob ein körperliches Gebrechen diese неуспѣшность bedingt. Wir wissen, wie leicht ein mangelhaftes Gehör für Unaufmerksamkeit, ein chronischer Kopfschmerz für Taubheit u. s. w. gehalten werden kann.

Auf diese Weise sind wir auch in den Stand gesetzt zum Schluss des Kalenderjahres die gewünschten Auskünfte nach dem offiziellen Schema (siehe unten Nr. 34—37) zu geben. Leider ist in ihnen noch immer die prozentische Berechnung auf 2 Dezimalstellen beibehalten. Es hat diese Berechnung keine Bedeutung, wo die Abschätzung eine approximative ist, welche Fehlerquellen von ein paar Einheiten zulässt. Nachdem das Schema Nr. 34 die Zahl der Kurzsichtigen, Uebersichtigen etc. festgestellt, enthält Schema Nr. 35 dieselben Fragen für die neueingetretenen Schüler. Ob das wirklich so grosse Bedeutung hat? Es macht das jedenfalls eine zwiefache Buchführung nötig und vielleicht eine unnütze Arbeit. Auch das Schema Nr. 36, welches Kurzsichtigkeit und Rückgradsverkrümmung durch alle Klassen des Gymnasiums verfolgt, dürfte seinen Zweck erfüllt haben. Wir wissen, dass die Kurzsichtigkeit von Klasse zu Klasse zunimmt, bei der Rückgratsverkrümmung ist das nicht der Fall. Sie spielt im Knabengymnasium keine erhebliche Rolle und hat schon im Schema Nr. 34 ihren Platz gefunden. Die im Schema 37 verlangten Daten lassen sich, wie mir scheint nur dann mit einiger Genauigkeit gewinnen, wenn in der Schule ein Buch auslüge, in welchem die Zahl der Schüler, welche die Schule versäumen und die Ursache der Versäumnis täglich notiert wird. In dieses Buch kann dann der Arzt bei seinen regelmässigen Besuchen Einsicht nehmen und vom Entstehen

Мѣсяцъ: ....

День	Число неявившихся учениковъ	семейныя обстоят.	простуда	неизвѣстно	дифтеритъ	инфлюенца	тифъ	корь	скарлатина	коклюшъ	бугорчатка	холера	чесотка	оспа	рожа	заушница	трахомъ	примѣчанія.
1	9	2	3	1	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	уч. КН. ул. №
2	12	1	4	2	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	уч. Н. ул. № уч. Н. ул. д.
3	15	2	6	1	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
4	13	1	4	3	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	уч. IV кл. Н. ул. д.
5	10	2	4	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
30	8	1	3	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
31	8	2	2	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Всего	230	55	76	60	—	20	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

einer verdächtigen Krankheit Kenntnis erhalten. Er kann dann aus eigener Initiative die verdächtigen Schüler zu Hause aufsuchen und die nötigen Anordnungen treffen gegen die Weiterverbreitung einer Infektion. Dieses B u c h d e r n i c h t e r s c h i e n e n e n S c h ü l e r könnte, wie folgt, eingerichtet sein.

Ist dieses Buch regelmässig geführt, so können wir leicht den Gang einer Epidemie von Tag zu Tag und Monat zu Monat verfolgen und am Schluss des Jahres die Summe ziehen. Eine Rubrik «Kopfschmerz» als Ursache der Schulversäumnis ist absichtlich nicht aufgenommen.

Was die Pflicht des Schularztes betrifft, die im Schulgebäude nötigen Remonten vorzuschlagen, so erscheint es zweckmässiger, um Konflikte mit der Schulobrigkeit zu vermeiden, diese Pflicht einer ständigen Kommission zu überweisen, bestehend aus dem Schuldirektor, dem Stadt- und Schularzt und einem Architekten. Diese Kommission müsste 2mal jährlich zusammentreten; einmal vor den Sommerferien um die nötigen Remonten festzustellen und sofort anzuordnen, das andere Mal vor den Weihnachtsferien, um die stattgefundenen Remonten zu prüfen und etwa noch nötige kleinere während der Winterferien vornehmen zu lassen. Zwecks

Remonte des Gymnasiums im

19.................. Halbjahr.

Gegenstände	Wieviel	Preis pro Faden	Summa	Gegenstände	Wieviel	Preis	Summa
Dielen, gestrichen	□ Faden						
» neu							
Lagen gestrichen							
Wände »							
Fenster »	St.						
» neu							
Oefen repariert							
» neu							
Bänke repariert							
» neu							
etc.							

Die zur Zeit bestehenden Jahresberichte haben in ihrer Ausführung nachstehendes Aussehen:
(Die Vorschläge zur Vereinfachung derselben siehe oben.)

Годовыя вѣдомости Рижскаго Округа.

№ 34.

Общее число учениковъ	близорук.	дальнозорк.	съ недост. слуха	слабогруд.	съ порок. сердца.	анемическ.	золотуш.	съ искривл. позвоночн.	съ грыжею	съ анкилоз.
276	30	15	1	1	-	7	5	5	-	1
%	10,86	5,43	0,36	0,36	-	2,72	1,81	1,81	—	0,36

Ausführung solcher Remonten muss der Direktor des Gymnasiums über eine grössere Summe verfügen dürfen. Das Protokoll dieser 2mal jährlich stattfindenden Sitzung der S a n i t ä t s k o m m i s s i o n wäre am Schluss jeden Halbjahres vom Direktor des Gymnasiums mit den anderen Schulberichten dem Kurator des Lehrbezirks einzusenden. Zur grösseren Uebersichtlichkeit und Vereinfachung der Buchführung empfiehlt sich auch für diese Remonten ein gedrucktes Formular, etwa nachstehendes:

№ 35.

Общее число учениковъ	близорук.	дальнозорк.	съ недост. слуха	слабогруд.	съ порок. сердца.	анемическ.	золотуш.	съ искривл. позвоночн.	съ грыжею	съ анкилоз.
70	4	3	1	—	—	4	1	—	—	—
%	5,71	4,28	1,42	—	—	5,71	1,42	—	—	—

№ 36.

по классамъ	Принять		I		II		III		IV		V		VI		VII		VIII		Всего	
Общее число	близорук.	позвоночн.	близорук.	позвоночн.	близорук.	позвоночн.	близорук.	позвоночн.	близорук.	позвоночн.	близорук.	позвоночн.	близорук.	позвоночн.	близорук.	позвоночн.	близорук.	позвоночн.	близорук.	съ искривленіемъ позвоночн.
276	1	2	1	1	4	0	8	1	4	0	3	1	5	—	3	—	1	—	30	5
%	0,36	0,72	0,36	0,36	1,42	—	2,88	0,36	1,11	—	1,08	0,36	1,81	—	1,08	—	0,36	—	10,86	1,81

№ 37.

Общее число заболѣван. учениковъ.	дифтеритъ	инфлуэнцой	тифомъ	корью	скарлатин.	коклюш.	туберкул.	холерой	чесоткой	оспой	рожею	свинкою	трахом.
81	2	46	1	8	-	4		-	-	-	-	16	3

XVII. Aerztetag der Gesellschaft Livländischer Aerzte zu Arensburg vom 10.—12. August 1905.

Ein Besuch des Leprosorium Audaku auf der Insel Oesel.

Von

Prof. K. Dehio in Dorpat.

(Schluss.)

Der Weg führt uns nun weiter durch eine Gartentür im trennenden Zaun in das für die Kranken bestimmte Gebiet. Hier schweift unser Blick über freundliche Flächen, die überall durch Baumgruppen oder Gebüsche und Hecken unterbrochen und belebt sind, im Hintergrunde ist das Bild durch gemischten Laub- und Nadelwald abgeschlossen. Ein Teil der Fläche besteht aus wohlbestellten Acker- und Kartoffelland, das meiste ist grüne Weidefläche, auf der zerstreut die für die Kranken bestimmten Gebäude der Kolonie stehen.

Zunächst begegnen wir einem grösseren einstöckigen Holzhaus mit zwei Schornsteinen und Strohdach, welches als Wirtschaftsgebäude und Speisehalle für die nicht bettlägerigen Kranken dient. Das Haus enthält: 2 Wohnzimmer für die lepröse Wirtin und 2 lepröse Dienstmägde, die die Speisen für die Kranken bereiten, ferner zwei Vorratskammern für Proviant und Geschirr und unter der einen Kammer noch einen kleinen Keller. Hieran schliesst sich durch einen Korridor abgetrennt die Küche mit einem geräumigen Herd und drei Suppenkesseln, sowie einem grossen Backofen zur Bereitung des groben Roggenbrotes. Aus der Küche wird die Speise durch eine Art Büffettfenster in der Speisehalle oder im Sommer durch ein anderes Fenster auf die offene Veranda hinausgereicht, wo die Kranken sich aus allen Häusern zur gemeinsamen Mahlzeit versammeln. Den schweren Kranken und Bettlägerigen wird die Speise in ihr Zimmer oder vors Bett gebracht. Die recht geräumige Speisehalle enthält lange Tische und Bänke, wo sich die Kranken zu den Mahlzeiten niederlassen; dieser Teil des Zimmers ist durch ein Geländer von der andern Hälfte geschieden, welcher als Hauskapelle und Andachtsraum dient. Auf einer estradenartigen Erhöhung stehen im Hintergrunde rechts und links zwei Altäre, der eine nach lutherischem, der andere nach orthodoxem Ritus geschmückt. Hier wird des Sonntags Gottesdienst gehalten und vom Feldscher die Predigt verlesen. Die Anlage dieses ganzen Raumes ist entschieden glücklich gelungen und macht einen freundlichen und weihevollen Eindruck.

Hier versammeln sich die Kranken zu den Hauptmahlzeiten des Tages und nach der Versicherung des Herrn Sander, finden sie auch in der rauhen Winterszeit keineswegs eine besondere Schwierigkeit darin, sich aus ihren 300—500 Schritt entfernten Wohnhäusern hierher zu begeben. Für viele Kranke ist es sogar eine ganz nützliche Nötigung, zum Zweck des Essens ein paarmal des Tags das Zimmer zu verlassen und sich im Freien etwas Bewegung zu machen.

Auf dem für die Kranken bestimmten Landstück finden sich ferner fünf kleine, zerstreute und nicht allzu nahe beieinander stehende Wohnhäuser für die Leprösen. Diese Häuser sind alle nach dem gleichen Plan erbaut. Ein jedes besteht aus einem grösseren Zimmer von 12 Arschin Länge, einem Vorzimmer, einem Abstellraum und einem Abtritt. In der Mitte des Zimmers steht ein einfacher Kachelofen und ein kleiner Herd mit besonderer Feuerung, auf der sich die Kranken Wasser kochen oder ihr Nachtmahl wärmen können. — Der Abtritt ist gut ventiliert dadurch, dass aus der Grube ein Abzugsrohr in den warmen Schornstein geht. Die Häuser sind aus behauenen sechszölligen Balken erbaut und innen mit Brettern bekleidet, mit Stroh gedeckt. Die äussere Bekleidung mit Brettern fehlt noch, weil die Häuser erst kürzlich errichtet worden sind.

Jedes dieser Häuser kann 8—10 Kranke aufnehmen, wobei im letzteren Fall $1^3/_4$ Kub.-Faden Luftraum auf jeden Kranken kämen. Zur Zeit unserer Besichtigung befanden sich 46 Kranke im Leprosorium, so dass jedes Haus von etwa 9 Menschen bewohnt wurde.

Neben dem Wirthschaftsgebäude befindet sich ein geräumiger Keller, der zur Aufnahme des Kartoffelvorrates für den Winter bestimmt ist.

Weiter sehen wir ein Holzhaus, welches aus zwei Abteilungen besteht, einer Waschküche und einer Badestube. In der Waschküche ist der Fussboden mit Fliesssteinen ausgelegt. Ein grosser, eingemauerter Kessel liefert heisses Wasser für die Waschbalgen; eine hölzerne Treppe führt nach oben in den Bodenraum, der im Winter zum Trocknen der Wäsche benutzt wird. Die Waschküche dient zugleich als Auskleideraum für die Kranken, welche die nebenbei befindliche Badstube benutzen wollen; letztere besitzt einen Holzfussboden, einen grossen Kessel für warmes Wasser, einen Ofen zur Herstellung des Dampfes für die volkstümlichen Dampfbäder und das bekannte Holzgestell, auf dem die Badenden sich hinlegen können. Die Wasch- und die Badestube sind natürlich ausschliesslich für die Kranken und deren Wäsche bestimmt.

Endlich steht mehr abgelegen ein kleines, strohgedecktes Haus mit einem Kreuz auf dem Giebel, das zur Aufbahrung Verstorbener bestimmt ist.

Von den aufgezählten 13 Gebäuden sind 9 ganz neu erbaut worden, vier andere standen schon früher auf dem Landstück und sind nur zu ihrem jetzigen Zweck mehr oder weniger umgebaut worden.

Alle Häuser sind mit dem notwendigen Hausgerät und einfachen Holzmöbeln versehen. Die Wohnhäuser enthalten für jeden Kranken je ein Bettgestell mit den zugehörigen Kopfkissen und Pfühlen, die mit Heu gestopft werden, sowie Tische, Stühle, Bänke, Krüge, Tassen, eine gemeinsame Waschvorrichtung, Beil und Schaufel. Jedes von Weibern bewohnte Haus hat eine Nähmaschine und Garn etc. zum Nähen und Stricken; in den Männerhäusern steht eine Hobelbank mit Zimmer- und Tischlergeräten und Werkzeug für Schusterei.

In nächster Zeit sollen für die Kolonie ein Pferd zur Feldarbeit, drei Kühe, etliche Schweine, die von den Küchenabfällen unterhalten werden, sowie Hühner und Gänse angeschafft werden. So wird für Milch und frisches Fleisch gesorgt sein. Da Land für Feld- und Gemüseland reichlich vorhanden ist, so wird die Kolonie Mehl, Kartoffeln, Kohl und Gemüse zum eigenen Gebrauch produzieren, was für die Billigkeit des Betriebes sehr ins Gewicht fällt.

An Arbeitsmöglichkeit für die ganz oder teilweise arbeitsfähigen Kranken fehlt es somit nicht. Für Feld-, Wald-, Gemüse- und Gartenbau sowie männliche und weibliche Handarbeit ist ausreichend gesorgt und das meiste von dem, was produziert wird, wird von der Kolonie selbst verbraucht werden.

Die unmittelbare Verwaltung des Leprosoriums liegt in den Händen des daselbst wohnenden Feldschers, welcher die zur Speisebereitung nötigen Materialien der Wirtschafterin zumisst und über den täglichen Verbrauch genau Buch führt. Der Feldscher sorgt für die Verteilung der Arbeit der Leprösen, sieht auf Ordnung und Regelmässigkeit des ganzen Betriebes und gesittetes Benehmen der Kranken. Des Sonntags hält er die Hausandacht ab (Choralgesang und Vorlesen einer Predigt) und die medizinische Behandlung der Kranken führt er nach den Angaben des Arztes aus. Der Arzt selbst wohnt in Arensburg und besucht die Anstalt je nach Bedürfnis, wenigstens aber einmal monatlich. Der Feldscher hat endlich monatliche Wirtschaftsabschlüsse vorzustellen, welche vom Lümmada'schen Gemeindeältesten und in letzter Instanz vom Bauerkommissär kontrolliert werden. — Dem Feldscher ist ein Aufseher als Gehülfe beigegeben.

Eine Wirtschafterin bereitet das Essen, teilt es an die Kranken aus und hat zugleich die spezielle Aufsicht über die Arbeit der weiblichen Kranken und deren Wohnräume. Die Wirtschafterin ist dem leprösen Krankenpersonal entnommen, desgleichen sind auch die Wärterinnen, welche für die Schwerkranken zu sorgen haben, sowie die Köchin, die Wäscherinnen, der Tischler und der Schuster der Kolonie — selbst Lepröse. Alle diese Leute erhalten eine kleine Bezahlung von 50 Kop. bis 2 Rbl. monatlich für ihre Dienstleistungen, was im Jahre insgesamt eine Ausgabe von etwa 150 Rbl. ausmacht. Kleine Handarbeiten der Kranken werden mit einer geringen Geldbelohnung bedacht: so wird für ein Paar aus selbstgesponnener Wolle gestrickter Strümpfe 3 Kopeken gezahlt.

Für jeden in Audaku verpflegten Kranken zahlt die Bauergemeinde, zu welcher der Kranke gehört, 40 Rbl. jährlich, was etwa 11 Kop. täglich ausmacht. Dafür muss die materielle Verpflegung des Kranken geleistet werden, welche natürlich dem entsprechend recht einfach ist, aber den Gewohnheiten der Kranken durchaus entspricht. Jeder Kranke erhält als Tagesration 2 Pf. groben Roggenbrotes und am Morgen 7 Strömlinge und $^1/_3$ Garnitz gekochter Kartoffeln. Zum Mittag zweimal die Woche Sauerkohlsuppe mit $^1/_2$ Pf. Rindfleisch, zweimal Kartoffelsuppe mit Graupen und Schmalz gekocht, zweimal Grützbrei mit Schmalz und drei Strömlinge, einmal in der Woche Erbsensuppe mit Graupen und Fett gekocht. Die Mittagsportion ist so reichlich, dass die Kranken einen Teil davon zum Abend verwahren und dann aufgewärmt verzehren. Je nach der Jahreszeit unterliegt dieses Menü kleinen Aenderungen, statt Rindfleisch wird Schaf- oder Schweinefleisch gegeben, und sobald die Anstalt über eigne Kühe verfügen wird, sollen Milchsuppen und im Sommer saure Milch so oft als möglich verabfolgt werden. Einstweilen muss die Milch gekauft werden und kann daher ihrer Kostspieligkeit wegen nur den Schwerkranken verabfolgt werden.

Im übrigen gestaltet sich das Budget der Kolonie für das erste Jahr ihres Bestehens folgendermassen:

Die Einnahmen belaufen sich auf 1560 Rbl., von denen die vom Oesel'schen Landtag verwaltete Bauerbank 800 Rbl. zahlt und die Oesel'schen Bauergemeinden 760 Rbl. beisteuern, welche Summe von allen Gemeinden gemeinsam getragen wird — gleichgültig, ob sie Kranke im Leprosorium verpflegen lassen oder nicht.

Die Ausgaben sind folgendermassen veranschlagt:

	Rbl.	Kop.
1. Der Arzt erhält 15 Rbl. für jede monatliche Fahrt ins Leprosorium, d. h. pro Jahr	180	—
2. Gage des Feldschers pro Jahr	360	—
3. Dem Feldscher für Essen, Beleuchtung und Beheizung	100	—
4. Jahresgage des Aufsehers	160	—
5. Gage des übrigen Dienstpersonals	150	—
6. Beheizung der Kolonie	200	—
7. Beleuchtung der Kolonie	75	—
8. Medikamente und Verbandmaterial	280	—
9. Zahlung der Arbeiten für Lepröse	100	—
10. Unvorhergesehene Ausgaben	65	—
	1670	—

In diesem Budget übersteigen die Ausgaben die Einnahmen um 100 Rbl. Es ist aber zu erwarten, dass die Krone das Holz zur Beheizung der Kolonie unentgeltlich hergeben wird und dass durch wohltätige Veranstaltungen der Kasse des Leprosoriums Unterstützungen zufliessen werden, so dass ein Defizit nicht zu befürchten ist.

Wenden wir uns nun zu den Kosten, die die Errichtung der Kolonie beansprucht hat. Es sind folgende:

	Rbl.	Kop.
1. Ankauf des Landstückes Audaku	1600	—
2. Für den Bau der Häuser	5553	53
3. Für die Instandsetzung der alten Bauten	237	79
4. Für die innere Einrichtung, Anschaffung des Inventars	618	99
5. Kleinere Anschaffungen	294	27
	8304	58

Bei 50 Krankenplätzen, welche augenblicklich vorhanden sind, würde also ein Bett 166 Rbl. gekostet haben. Das ist jedenfalls ein auffallend billiger Preis, der um so mehr ins Auge springt, wenn wir bedenken, dass ein Krankenbett im Riga'schen Stadtleprosorium gekostet hat . 984 Rbl. 23 Kop.
im Leprosorium Крутыя ручьи ca. . . . . 600 » — »
im Wendenschen Leprosorium . . . . . . 416 » 84 »
im Tarwastschen Leprosorium . . . . . . 363 » 20 »

Der geringe Preis, für den dieses Leprosorium hergestellt worden ist, erklärt sich einesteils daraus, dass die Häuser ihrer ganzen Konstruktion nach (einstöckig mit Strohdächern) die möglichste Einfachheit zeigen und dass sich auch die innere Einrichtung durchaus im Rahmen der Anspruchslosigkeit eines Oeselschen Bauern hält — anderenteils aber aus dem Umstand, dass die Kolonie einstweilen nur Wohnhäuser für arbeitsfähige und mehr oder weniger mobile Aussätzige aufweist. Ein Krankenhaus für Bettlägerige mit einer mehr hospitalmässigen Einrichtung, das unumgänglich notwendig erscheint und dessen Bau auch für die nächste Zukunft in Aussicht genommen ist, würde die ganze Anlage sofort bedeutend verteuern. Ohne ein solches Krankenhaus aber kann die Anstalt auch nicht als vollendet angesehen werden, denn sowohl das Wohl der Hilflosen, sowie auch die Rücksicht auf die noch nicht invaliden Aussätzigen verlangt die Trennung der Schwerkranken von den übrigen und ihre Unterbringung in einem gesonderten Krankenhaus.

Ausserdem ist noch die Erbauung eines Hauses von 15 Betten beabsichtigt für sieche Kranke, die zwar keine Hospitalbehandlung, aber doch etwas mehr Pflege als die vollkommen Arbeitsfähigen beanspruchen und endlich die Herrichtung eines Gebäudes mit vier getrennten Wohnungen für einzelne lepröse Ehepaare. Wenn alles dies hergestellt sein wird, dann werden wir eine in sich geschlossene, abgerundete Anstalt vor uns haben, welche bei normaler Belegzahl 78 und bei engerer Bettenstellung 92 Kranke aufnehmen kann. Dann wird es allerdings möglich sein, alle oder fast alle Lepröse Oesels in Audaku zu internieren und damit der Seuche auf der Insel ein entscheidendes Halt zu gebieten.

Die letztgenannten, noch zu errichtenden Bauten: Krankenhaus, Siechenhaus und Haus für Verehelichte beanspruchen aber Geldmittel, welche die arme Oeselsche Bauerschaft unmöglich aufbringen kann. Es ist sehr lebhaft zu wünschen, dass es Herrn Sander, der das Oeselsche Leprosorium bis hierher gefördert hat, nun auch gelingen möge, mit Hülfe der Oeselschen Ritterschaft die Mittel zur Vollendung seines Werkes flüssig zu machen.

Aber auch in demjenigen Entwicklungsstadium, in welchem sich das Leprosorium Audaku augenblicklich befindet, bietet es viel des Interessanten und Lehrreichen für den, der sehen und vergleichen will.

Hier verlasse ich das Referat des Herrn Bauerkommissärs Sander und erlaube mir im eigenen Namen zu sprechen. Es drängt sich vor allem die Frage auf, ob das System der Kolonie, wo die Leute in kleinen Einzelhäusern mehr getrennt für sich wohnen, bedeutende Vorzüge vor der Verpflegung in grösseren, gemeinschaftlichen Behausungen habe, wie sie in den anderen livländischen Leprosorien errichtet sind. Es ist gewiss zuzugeben, und ich habe das auch aus dem eigenen Munde der Kranken in Audaku gehört, dass sie sich in den kleinen Häuschen so wohl fühlen, als es in einem Aussatzhaus irgend möglich ist. Die meisten erklären freiwillig, dass sie bei ihrem Leiden nirgends ein so gesichertes, gutes Leben führen könnten, wie gerade im Leprosorium. Derselben Ansicht begegnen wir aber auch in den festländischen Leprosorium von Wenden, Tarwast etc. Einige Leute, die früher in Nennal gelebt haben, gaben auch mit Entschiedenheit an, dass ihnen der Aufenthalt in Audaku besser gefalle, aber der Hauptgrund hierfür war doch nicht sowohl das andere Wohnsystem als der Umstand, dass sie sich hier in ihrer Heimat, nahe von Verwandten und Freunden befänden und die Ihrigen zuweilen sehen könnten. Andererseits gab es auch hier, nicht anderes als in Nennal, einzelne, welche sich aus der Anstalt fort — und in die frühere ungebundene Freiheit zurücksehnten. Ich glaube auf Grund meiner Beobachtung wohl sagen zu dürfen, dass der Unterschied des Systems und der Behausung für das subjektive Wohlbefinden der Kranken nicht allzu schwer ins Gewicht fällt, denn auch wo viele Lepröse zusammen unter einem Dache wohnen, haben sie doch immer ihre gesonderten Zimmer und Zimmergenossenschaften für sich, und Gelegenheit zur Arbeit, sowie der Aufenthalt in Feld, Garten und Wald wird ihnen hier wie dort in gleichem Masse geboten. Die Absonderung der Gesunden von den Kranken ist auch in den grossen, gemeinsamen Behausungen, wo Einzelzimmer beliebig zu Gebote stehen, leicht durchführbar. In Norwegen hat man ebenso wie in Livland mit dem System der grossen, gemeinsamen Wohnhäuser eigentlich keine schlechten Erfahrungen gemacht. Sehr bedeutende Vorzüge kann ich daher dem System der Kolonie gegenüber dem der grossen Einzelhäuser nicht zusprechen.

Wohl aber giebt Audaku in einem anderen Punkt unsern übrigen Leprosorien nach meiner Meinung ein gutes Beispiel. Ich meine in dem einfachen und billigen Gesamtzuschnitt der Verpflegung der Kranken. Die Zimmereinrichtung, sowie Form und Aussehen der Möbel und des Speisegerätes ist durchaus dem bäuerlichen Lebensniveau der Kranken angepasst und erinnert ganz an das, was in einer gewöhnlichen Bauerstube zu sehen ist, und ebenso ist auch die materielle Verpflegung ganz dieselbe, wie der Bauer sie von jung auf gewohnt ist. Darum mundet dieses Essen dem Kranken ganz gut und von Klagen über die Beköstigung ist nichts zu hören, obgleich es nur zweimal die Woche Fleisch giebt und Zucker und Tee um 5 Uhr nachmittags unbekannte Dinge sind. Das Aussehen und der Ernährungszustand der Kranken war kein schlechterer als in den festländischen Leprosorien, wo die Verpflegung viel kostspieliger, aber weniger volkstümlich ist.

Bei der Erbauung der Leprosorien in Wenden und Tarwast wurde hauptsächlich aus Billigkeitsrücksichten vom System der kleinen Einzelhäuser abgesehen. Audaku nun hat gezeigt, dass man auch bei diesem Typus sehr billig bauen kann, wenn man sich nur dazu entschliesst, die Bauten nach dem Muster der landesüblichen Bauerhütten aus einfachem Material mit Strohdächern aufzuführen. Für grössere Gebäude aber verbietet sich das freilich schon aus Gründen der Feuergefährlichkeit.

Alle ärztlichen Kollegen, die wir am 12. August Audaku besucht haben, stimmten in dem Urteil überein, dass hier mit geringen Mitteln viel geleistet worden ist, und dass diesem jüngsten der baltischen Leprosorien eine erfolgreiche Wirksamkeit vorausgesagt werden kann, wenn es auch weiterhin mit so viel Sachkenntnis und Energie geleitet werden wird wie bisher.

Referate.

Hj. Wennerberg: Ueber den Einfluss der Serumtherapie auf die Mortalität bei Rachendiphtherie und Croup in Göteborg. (Schwedisch.) Hygiea 1905, H. 2.

In der Periode 1882—1887, während welcher eine ziemlich bösartige Epidemie bestand, war die Zahl der im Epidemiekrankenhause behandelten Fälle von reiner Rachendiphtherie 1214, wovon 30 pCt. starben, die Zahl der Croupfälle 177, wovon 78 pCt. erlagen. Für die Periode 1894—1900, wo sämtliche Patienten mit Serum behandelt wurden, waren die Zahlen folgende: Rachendiphtherie 3718 — Mortalität 7,3 pCt., Croup 243 Fälle — Mortalität 35.8 pCt. Dabei ist zu bemerken, dass in der ersteren Periode diejenigen Kinder mit schwerem Croup, welche laryngotomiert werden sollten, in einem anderen Krankenhause aufgenommen wurden und die Statistik wohl nicht verbessert haben würden. Während der Periode 1896—1900 stellt sich die Sache noch besser und zwar für Rachendiphtherie und Croup zusammen bei einer Frequenz von 2143 Fällen nur 4,90 pCt. Todesfälle. Im Epidemiekrankenhaus zu Stockholm ergab sich nach Hellström in derselben Periode dieselbe Sterblichkeit, nämlich 4,92 pCt.

Für reine Rachendiphtherie ist 1896—1900 im Krankenhause zu Göteborg die Mortalität nur 1,77 pCt., für Croup 18,88 pCt. Wenn man die gelindesten Fälle abzieht, in welchen nur mikroskopisch Diphtherie diagnostiziert wurde und wo Serum nicht zur Anwendung kam, so betrug die Sterblichkeit doch nur 2,64 pCt.

Die Todesfälle welche während der zwei ersten 48 Stunden nach der Aufnahme eintraten, wo also die Behandlung zu spät kam, betrugen ²/₃ der ganzen Zahl Todesfälle. Wenn man diese fortrechnet, starben von serumbehandelten Kindern an reiner Rachendiphtherie 1,55 pCt. und an Croup 5,36 pCt. Von den während derselben Periode im Hause behandelten Fällen starben 16 pCt.

Buch.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. J. Schwalbe (Berlin): Jahrbuch der praktischen Medizin. Jahrgang 1905. (Verlag von Ferd. Enke in Stuttgart 1905). Preis 11 Mark.

Das bekannte und beliebte Schwalbe'sche Jahrbuch, welches mit dem vorliegenden neuen Jahrgange — wenn wir uns nicht irren — bereits zum 27. Male in die Welt tritt, bedarf wohl keiner besondern Empfehlung, da es sich im Laufe der vielen Jahre seines Erscheinens durch seine Brauchbarkeit schon einen grossen Anhängerkreis unter den Aerzten gesichert hat. Wie die bisherigen Jahrgänge, so bringt auch der neue Jahrgang von bewährten Spezialisten besorgte zusammenfassende, übersichtliche Referate über die einschlägige neueste Literatur, die sehr vollständig berücksichtigt worden ist. Zum Schluss jedes Abschnittes ist dann ein genaues Literaturverzeichnis beigefügt und ein detailliertes Sach- und Autorenregister ermöglicht die schnelle Auffindung des Gesuchten.

Neu hinzugekommen ist in dem vorliegenden Jahrgange ein eigenes Kapitel über «Radiotherapie», womit der Lichtbehandlung, welche sich in der kurzen Zeit ihres Bestehens bereits zu einem selbständigen Zweige der allg. Therapie entwickelt hat, Rechnung getragen ist. Die Bearbeitung dieses Kapitels hat der auf dem technischen Gebiet der Radiotherapie bewährte Forscher Dr. Levy-Dorn (Berlin) besorgt. Von sonstigen Veränderungen ist nur zu erwähnen, dass den Bericht über die Pharmakotherapie jetzt Prof. Dr. Cloetta (Zürich) übernommen hat.

Bernhoff.

Die Verletzungen des Gehörorganes. Von Prof. Dr. A. Passow. Mit 41 Abbildungen im Text und auf 4 Tafeln. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann 1905.

Vorliegendes vorzügliches Buch erscheint als V. Band der von Prof. Körner herausgegebenen «Ohrenheilkunde der Gegenwart und ihrer Grenzgebiete». Es ist dem Andenken Trautmann's gewidmet und legt die Erfahrungen und Beobachtungen nieder, die Verf. an dem grossen Material der Heidelberger und der Charité-Ohrenklinik zu sammeln Gelegenheit hatte. Die Einteilung des Werkes ist folgende: In den Kapiteln 1 bis 9 bespricht Verfasser sehr ausführlich: Die Verletzungen der Ohrmuschel, Othämatom und Perichondritis der Ohrmuschel, die Verletzungen des äusseren Gehörganges, des Trommelfells, der Paukenhöhle, Fremdkörper im Ohr, die Verletzungen der Tuba Eustachii, des Warzenfortsatzes und des schallempfindenden Apparates (Labyrinth, Hörnerv und seine zentralen Bahnen). Die Darstellung dieser Kapitel umfasst nicht minder als 180 Seiten und zeichnet sich durch ihre Uebersichtlichkeit und Klarheit aus. Besonders interessant sind darin die neuen anatomischen Untersuchungen über die Entstehung der indirekten Gehörgangsbrüche, welche Passow und seine Schüler angestellt haben. Im 10. Kapitel werden die Hysterie und traumatischen Neurosen des Gehörorgans abgehandelt, deren Differenzierung oft grosse Schwierigkeiten bietet. Das letzte Kapitel ist der Begutachtung über Ohrenkrankheiten gewidmet. Am Schlusse des Werkes findet sich ein 844 Arbeiten umfassendes Literaturverzeichnis. Das ausgezeichnete Werk Passows bildet eine sehr anerkennenswerte Bereicherung der otologischen Literatur und wird in keiner otologischen Bibliothek fehlen dürfen.

A. Sacher.

Protokolle
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1337. Sitzung am 11. April 1905.

1. Dr. Germann demonstriert nochmals den kleinen Patienten, den er am 14. Februar gezeigt hatte. Es handelte sich um ein Ektropium des unteren Lides, das durch eine plastische Operation beseitigt wurde. (cf. Protokoll d. 1335. Sitzung vom 14. Februar 1905). Es ist mittlerweile eine kleine Nachoperation ausgeführt worden, da sich eine Verkürzung des unteren Lides als notwendig erwies. Diese Verkürzung wurde durch eine Keilexcision erreicht, nach welcher die Stellung des unteren Lides nunmehr vollständig befriedigend ist.

Ferner demonstriert Germann einen Patienten mit einem Ektropium am oberen Lide infolge von Narbenretraktion nach Verbrennung. Die fehlerhafte Stellung des Lides soll operativ beseitigt werden und zwar ist der Plan folgender: Die Narbe muss zunächst in ganzer Ausdehnung exstirpiert und alsdann der Defekt entweder durch Thiersch'sche Transplantation oder durch Lappenbildung aus der Wange resp. der Stirn gedeckt werden. Bei letzterem Verfahren würde man wegen der Grösse des notwendigen Hautlappens bis in die Haargrenze geraten, doch dürfte solches in dem vorliegenden Falle ohne Nachteil geschehen, da die Stirnhaare nach Verlagerung des Lappens in die Lage der Augenbrauen fallen würden. Die Entscheidung, welches von den genannten plastischen Verfahren in Anwendung gezogen werden soll, ergiebt sich wohl erst nach Präparierung des zu deckenden Defektes.

2. Blessig spricht über die diagnostische und prognostische Bedeutung der Retinitis albuminurica.

Vortr. bespricht einleitend das Vorkommen dieser typischen Augenstörung bei den verschiedenen Formen der interstitiellen und parenchymatösen Nephritis, sowie bei andern mit Albuminurie einhergehenden Nierenleiden. Typisch sind besonders die Fälle von chron. Schrumpfniere, in denen bei noch gutem Allgemeinbefinden die auftretende Sehstörung den von seinem Nierenleiden nichts ahnenden Patienten zuerst zum Augenarzt führt und dieser mit dem Augenspiegel erst das Grundleiden entdeckt. Die vorgeschrittenen chronischen und ebenso auch die akuten Fälle kommen dagegen dem Augenarzt häufiger bei Konsultationen auf internen Stationen oder in der Privatpraxis zu Gesicht. So verdankt auch Vortr. die meisten der hier angeführten Fälle der konsultativen Praxis, dem deutschen Alexanderhospital und dem Alexandrastift. Die einzelnen Fälle seien hier nur kurz erwähnt, die mitgeteilten Krankengeschichten nicht wiedergegeben.

An der Hand von episkopischen Projektionsbildern analysiert Vortr. das ophthalmoskop. Bild der Neuroretinitis albuminurica, seine charakteristischen Bestandteile und deren anatomisches Substrat (Oedem, Gefässveränderungen, Blutungen, weisse Plaques, Stern- oder Spritzfigur der Macula lutea), sowie die Varianten und Komplikationen dieses typischen Bildes. Differentialdiagnostisch kommen hauptsächlich die Retinitis diabetica und manche Formen der Retinitis haemorrhagica in Betracht. Besondere Schwierigkeiten bieten der Differentialdiagnose diejenigen

Fälle, in denen die Neuroretinitis albuminurica im Beginn das Bild einer Neuritis mit Schwellung der Papille darbietet. Das Bild kann demjenigen der Stauungspapille bei Hirntumor durchaus ähnlich werden und die diagnostischen Schwierigkeiten werden noch dadurch erhöht, dass auch bei letzterer gelegentlich eine richtige «Spritzfigur» in der Macula sich entwickelt. In solchen Fällen, die zudem nach der Nephritis und dem Hirntumor gemeinsame Allgemeinerscheinungen bieten können (Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen etc.), vermag zuweilen auch der Augenspiegel nicht die Diagnose zu klären.

Die Prognose der Retin. albuminur. ist, nach den übereinstimmenden Ergebnissen aller Statistiken, quoad vitam im allgemeinen sehr ungünstig (das Nähere s. unten in der Diskussion). Von besonders ungünstiger prognostischer Bedeutung scheint einerseits das Auftreten sehr zahlreicher Blutungen zu sein, die besonders bei ältern Kranken auf schwere Schädigung des Gefässsystems hinweisen und die Gefahr einer Apoplexie näherücken, andererseits eine rasche und reichliche Entwicklung von weissen Plaques, wie sie hauptsächlich bei intensiver parenchymatöser Nephritis vorzukommen scheint. (Das hier über Diagnose und Prognose Gesagte wird durch Mitteilung einiger Fälle bekräftigt.)

Die Prognose quoad Sehvermögen hängt natürlich vom Charakter und Verlauf des zugrunde liegenden Nierenleidens ab. Bei Ausheilung oder Besserung des letzteren sind auch die ophthalmoskop. Veränderungen einer Rückbildung fähig. Selten wird es dabei allerdings zu einer vollständigen Restitutio ad integrum kommen, meist hinterbleiben mehr oder weniger ausgesprochene atrophische Veränderungen der Netzhaut und des Sehnervs (neuritische Sehnervenatrophie). Die zentrale Sehschärfe kann aber günstigen Falles, trotz dieser Veränderungen und auch bei erheblicher Einengung des Gesichtsfeldes, noch eine relative gute bleiben.

Eine besondere Stellung nimmt in prognostischer Hinsicht bekanntlich die Retin. albuminur. bei der Nephritis gravidarum ein. Hier ist gleichzeitig mit dem Rückgang des Nierenleidens eine weitgehende Rückbildung der Netzhautveränderungen, selbst bis zur vollständigen Restitution eines normalen Augenhintergrundes und voller Sehfunktion möglich. Erst kürzlich hatte Vortr. Gelegenheit einen solchen über Erwarten günstigen Fall zu beobachten. Patientin bot bei der ersten Konsultation im Dezember v. J., nach der Geburt eines 7monatlichen Kindes bei erheblichem Eiweissgehalt des Harns, an beiden Augen das voll entwickelte Bild einer Retin. albuminur., mit sehr zahlreichen Plaques beiderseits und ausgesprochener Spritzfigur ad maculam luteam rechts. Weiterhin bildeten sich gleichzeitig mit Abnahme der Albuminurie die ophthalmoskop. Veränderungen rasch zurück. Gegenwärtig (im April) findet sich rechts nur noch eine zarte Andeutung der Spritzfigur, keine einzige Plaque mehr, links nur ein vereinzelter Rest einer solchen. Papillen und Gefässe haben ein normales Aussehen. V. rechts = 0,8, links = 1,0!

Netzhautablösung als Komplikation der Retin. albumin. wird nicht oft gesehen. Sie dürfte öfter zur Beobachtung kommen, wenn mehr Nephritiker in den letzten Stadien ophthalmoskopiert würden (Elschnig. Heidelberger Ophth. Ges. 1903). Dass auch sie in günstig verlaufenden Fällen wieder schwinden kann, davon hat Vortr. sich in einem besonders interessanten, vor Jahren im deutschen Alexanderhospital beobachteten Fall überzeugen können: es handelte sich um eine infektiöse acute Nephritis bei einem jungen Mann (Bierbrauer) mit hochgradigen Oedemen, auch der Lider und Konjunktiven, rasch sich entwickelnder typischer Retin. albuminur. und beiderseitiger Netzhautablösung nach unten. Als bei entsprechender Behandlung die Oedeme schwanden, gingen auch die ophthalmoskop. Veränderungen, incl. die Netzhautablösung, zurück. Es hinterblieb eine retinale Atrophie mässigen Grades mit charakteristischen Pigmentstreifen an den Grenzen der früheren Ablösung, und ein brauchbares Sehvermögen. Später ist Pat. in seiner Heimat Bayern von Prof. Oeller untersucht und — soviel Vortr. bekannt — von diesem das interessante Bild in seinen Ophthalmoskop. Atlas aufgenommen worden*). In einem andern Fall, bei einer Schwangern, die mit Eklampsie und vollständiger Amaurose ins Alexandrastift aufgenommen wurde, glaubt Vortr. aus dem spätern Auftreten derselben charakteristischen Pigmentstreifen (Pardelfellzeichnung) neben neuritischer Atrophie auf Wiederanlegung einer auf der Höhe der Schwangerschaftsnephritis vorhanden gewesenen Netzhautablösung schliessen zu dürfen.

Zum Schluss betont Vortr. im Interesse der Internisten sowohl wie der Ophthalmologen nochmals die Wichtigkeit regelmässiger ophthalmoskop. Untersuchungen auf internen Stationen, besonders bei Nierenkranken.

(Autoreferat).

*) Pat. ist im August 1905 verstorben.

Diskussion:

Germann: Die weissen Plaques treten sehr verschieden spät auf, oft überraschend schnell, schon wenige Wochen nach Eintritt der Sehstörungen, zuweilen aber auch sehr spät. Haben sie sich aber etabliert, so ist die Diagnose meist mit zweifelloser Sicherheit zu stellen. Was die Retinitis albuminurica bei Schwangerschaftsnephritis anbelangt, so ist ihre Prognose bedeutend besser als bei der gewöhnlichen Nephritis. Die Netzhautablösung bei Retinitis albuminurica ist anatomisch von der gewöhnlichen Ablatio Retinae zu unterscheiden. Es handelt sich um subretinales Oedem und Vorwölbung der Retina, also mehr um eine Sublatio, während eine wirkliche Ablösung nicht beobachtet wird. Es fehlt daher auch das Bild des Flottierens der Retina, wie es sonst bei der Netzhautablösung häufig zu konstatieren ist.

Kroug: Lag in den Fällen von Gehirntumor, die ein der Retinitis albuminurica ähnliches ophthalmoskopisches Bild mit Spritzfigur ad maculam darboten, nicht gleichzeitig Albuminurie vor? Wenn dem so war, so ist das ophthalmoskopische Bild möglicherweise nur durch die Albuminurie zu erklären, während der gleichzeitige Gehirntumor an den Veränderungen am Augenhintergrunde unbeteiligt ist.

Blessig: Die weissen Plaques der Retina, insbesondere die sog. Spritzfigur sind das Resultat der fettigen Degeneration von Retinaelementen und Exsudatschollen und können durch die verschiedensten Schädlichkeiten hervorgerufen werden. Charakteristisch für Retinitis albuminurica ist überhaupt kein Bestandteil ihres ophthalmoskopischen Bildes für sich allein, sondern nur ihre Kombination und charakteristische Anordnung macht das Bild typisch.

Kernig fragt nach der Prognose der Retinitis albuminurica.

Blessig: Die ungünstige prognostische Bedeutung der Retinitis albuminurica quoad vitam ergiebt sich aus mehreren Statistiken (Bull, Miles-Miley, Frank van Fleet, Ridley und Snell, citiert nach Groenouw in Graefe-Saemisch's Handbuch, Neue Auflage). Danach starben etwa $^2/_3$ aller Nierenkranken mit Retinitis albuminurica im Laufe der ersten zwei Jahre nach Auftreten der letzteren. Eine genaue Statistik von Gabriele Possaner, welcher das Material der Züricher Klinik und der Privatpraxis von Haab zu Grunde liegt, zeigt einen wesentlichen Unterschied in prognostischer Beziehung zwischen klinischen und Privatpatienten zugunsten der letzteren, offenbar wegen der günstigeren Lebensbedingungen. Auch ist bei den Frauen die Prognose anscheinend besser, als bei den Männern, die sich mehr Schädlichkeiten auszusetzen haben und mehr Alkohol geniessen.

Kernig: Das Auftreten des Retinitis albuminurica gilt bei den Internisten als ein böses prognostisches Zeichen bei Nephritis. Eine Heilung der Retinitis ist jedenfalls sehr selten, wie seiner Zeit Magawly ihm mitgeteilt.

Blessig: Eine Heilung der Retinitis kommt noch am häufigsten bei der Schwangerschaftsnephritis vor.

Germann hat keinen Fall von Heilung gesehen.

Heuking: Kommt bei Nephritis scarlatinosa ebenfalls Retinitis albuminurica vor?

Germann hat einen solchen Fall gesehen. Das betreffende Kind hatte Netzhautblutungen und Plaques und starb sehr bald.

Blessig: Das Vorkommen von Retinitis albuminurica nach Scharlachnephritis ist in der Literatur angegeben, doch dürfte sie selten sein. Bei Kindern dürfte es schon deswegen schwerer zu Retinitis albuminurica kommen, weil die kindlichen Gefässe relativ intakt sind und die Arteriosklerose jedenfalls eine Rolle beim Zustandekommen der Retinitis albuminurica spielt. Für letzteres spricht unter anderem auch der Umstand, dass bei der arteriosklerotischen Schrumpfniere die Netzhautblutungen, wenigstens zu Anfang, vorherrschen, bei der parenchymatösen Nephritis dagegen die Plaques.

Kroug: Die Arteriosklerose mag eine wichtige Rolle in der Aetiologie der Retinitis albuminurica spielen, doch müssen noch andere Momente herangezogen werden, so namentlich zur Erklärung des Zustandekommens der Retinitis bei Schwangerschaftsnephritis. Hier kann von Arteriosklerose kaum die Rede sein, da die Graviditäten ins jugendliche Alter fallen. Es ist denkbar, dass Toxine die Retinitis albuminurica verursachen; dafür würde der rapide Verlauf nach dem Auftreten der Retinitis sprechen.

Masing fragt, ob nicht solche Nephritiker häufiger an den Augen erkranken, die viel lesen, ob nicht also Anstrengung und Erschöpfung der Augen eine Rolle spielen könnte.

Blessig: Darüber finden sich keine Angaben, doch kommt es beim einfachen Manne zum mindesten nicht seltener zu Retinitis albuminurica, als bei den gebildeten Ständen. Gute hygienische Bedingungen und sachgemässe Behandlung der

Nephritis dürften das Auftreten und die Entwickelung der Retinitis albuminurica hintanhalten können. Zwischen der Intensität der Retinitis und der Nephritis besteht offenbar ein gewisses Verhältnis.

Petersen fragt, ob Alkoholismus für die Aetiologie der Retinitis albuminurica in Betracht kommt?

Blessig: Gewiss, aber nur indirekt, als ein ursächliches Moment der Arteriosklerose und Nephritis.

3. Kernig teilt im Anschluss an die zwei Fälle von Ductus Botalli apertus, welche Herr Lunin in der letzten und vorletzten Sitzung des Vereins demonstriert hat, ebenfalls einen jüngst im Obuchow-Frauenhospital vorgekommenen und diagnostizierten Fall von Ductus Botalli apertus mit. — Das Herz wird demonstriert. — Die 22-jährige Kranke trat am 13. März in einem sehr schweren Zustande ein; sie fieberte, hatte geringen Hydrops und bot einen sehr auffallenden Herzbefund dar. Die ganze Herzgegend war vorgewölbt (Voussure). Der Spitzenstoss wurde im 5. und 6. Interkostalraum fast bis zur vorderen Axillarlinie reichend konstatiert. Nach rechts ging die Herzdämpfung um einen Fingerbreit über den rechten Sternalrand hinaus; am linken Sternalrand erstreckte sich die Herzdämpfung nach oben bis zur 11. Rippe (bandförmige Dämpfung Gerhardts am linken Sternalrand), etwa in der Breite von 2 Fingerbreit. An der Herzspitze ein systolisches Geräusch, an der Aorta ein diastolisches Geräusch, der 2. Pulmonalton stark accentuiert. Ausgesprochener Cruralton. Im zweiten linken Interkostalraum fast an der linken Mamillarlinie ein systolisches Frémissement mit systolischem Geräusch, das auch sehr deutlich und laut in der linken obern Skapulargegend gehört wurde. In beiden Carotiden ein gleich lautes systolisches Geräusch. Die Bulbi venarum jugularium pulsierten, ebenso Pulsation der sehr erheblich vergrösserten Leber, die um 3 und 4 Querfinger den Rippenrand überragte. Die Milz deutlich fühlbar und pulsierend. Kolbenförmige letzte Fingerphalangen. Der linke Lungenoberlappen erschien gedämpft, in seinem Bereich abgeschwächtes Atmen. Im eitrigen Auswurf keine Tuberkelbazillen. Der Puls celer, 112. Keine Cyanose, die erst am letzten Lebenstage eintrat. Der Allgemeinzustand war beim Eintritt der Kranken in's Hospital bereits ein sehr schwerer, sie fieberte bis 39,6 und war leicht hydropisch. Am 16. März trat ein Gesichtserysipel und eine in Nekrose der Schleimhaut übergehende Angina (Erysipelas faucium) ein. Pat. starb am 18. März, fünf Tage nach Eintritt in's Hospital. — Aus der Anamnese sei nur hervorgehoben, dass Patientin von Jugend auf an Herzklopfen mit Dyspnoe gelitten haben wollte, cyanotisch wollte sie nie gewesen sein. Angeblich fieberte sie seit dem 11. März. — Gestützt auf den obigen Herzbefund stellten Herr Dr. Albanus, in dessen Händen sich die Kranke befand, und Dr. Kernig, unabhängig von einander, die Diagnose auf Aorteninsuffizienz mit Tricuspidalinsuffizienz und ausserdem auf einen offenen Ductus Botalli. — Der eigentümliche Befund, welcher dem offenen Ductus Botalli eigen ist — wenn er überhaupt Symptome macht, — war ja vorhanden: die Voussure, das systolische Frémissement mit systolischem Geräusch im zweiten linken Interkostalraum nahe an der linken Mamillarlinie, Hörbarsein dieses Geräusches in der linken obern Scapulargegend, und zum Unterschiede von der Pulmonalstenose die starke Accentuation des 2. Pulmonaltones. Der Accent auf dem 2. Pulmonalton war um so auffallender, als gleichzeitig Tricuspidalinsuffizienz bestand, die ja den Accent auf dem Pulmonalton verschwinden lässt. — Der Sektionsbefund am Herzen, — Herr Dr. A. N. Ssokoloff, — war folgender: Hydropericardium, bedeutende Hypertrophie und Dilatation beider Ventrikel, das Herzfleisch schlaff, gelblich. Der freie Rand des hintern Mitralsegels verrukös verdickt, die zu diesem Segel gehenden Chordae tendineae zerrissen durch acut ulceröse endokarditische Prozesse an den Chordis und an den Enden der zugehörigen Papillarmuskeln. Umfang der Aorta 7,2 cm. Die Aortenklappen sind verdickt und verkürzt, halten das Wasser nicht bei dem bekannten Experiment. An ihrer inneren Oberfläche verruköse Verdickungen und fibrinöse Beläge. Umfang der Pulmonalis 9 cm., ihre Klappen normal. Das rechte atrioventrikuläre Ostium sehr bedeutend erweitert. Die Intima der Aorta und Pulmonalis glatt und glänzend. In der Gegend des Ductus Botalli findet sich in der Pulmonalis eine geringe Vertiefung mit Oeffnung, welche eine feine Sonde durchlässt, die in der Aorta am Uebergang des Arcus in die Pars descendens erscheint. Hier ist die Wand der Aorta leicht sklerosiert und leicht trichterförmig eingezogen in der Richtung zur Pulmonalis. Die Lungen bieten die Zeichen der cyanotischen Induration, und ausserdem finden sich im linken Oberlappen und im hintern Teil des linken Unterlappen katarrhalisch pneumonische Herde. — Bei der Demonstration des Herzens bemerkt Dr. Kernig, dass soweit sich mit dem Auge beurteilen lässt und unter Berücksichtigung des Umstandes, dass der Ductus Botalli während des Lebens unter dem vollen Blutdruck gestanden hat, sein Durchmesser während des Lebens auf 2—3 mm. und seine Länge auf höchstens ½ cm. zu taxieren ist. — Dr. Kernig bemerkt noch, dass er vor Jahren an einem jungen Mädchen mit notorisch angeborenem Herzfehler, gestützt auf denselben Befund die Diagnose auf Ductus Botalli apertus gestellt hat. Die Patientin verliess das Hospital und ist ihr weiteres Schicksal unbekannt. In zwei weiteren Fällen hat er die Diagnose gewagt, doch ist sie bei der Sektion nicht bestätigt worden. Es fand sich eine Mitralstenose. (Autoreferat).

Direktor: W. Kernig.
Sekretär: Wold. Fick.

Auszug aus den Protokollen der medizinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung vom 23. März 1905.

1. Prof. Dehio demonstriert einen Fall von Hemiatrophia facialis und erläutert in längerer Ausführung die Krankengeschichte.

2. Dr. Joh. Meyer demonstriert ein durch Operation gewonnenes Präparat von uterus myomatosus, kompliziert mit Tubensack, in dem sich die Knochen eines ca. 7-monatlichen Foetus befinden.

Der auf die Tagesordnung gesetzte Vortrag wird auf die nächste Sitzung verlegt.

Sitzung vom 6. April 1905.

Dr. Klau hält seinen angekündigten Vortrag: «Zur Serotherapie des Morbus Basedowii».

Nach einer kurzen Uebersicht über die wichtigsten den Morbus Basedowii betreffenden Theorien wird die Moebius'sche Theorie näher besprochen und an der Hand einer ausführlichen Besprechung der Glandula thyreoidea beleuchtet Dann geht Vortragender auf die Serotherapie und deren verschiedene Methoden über und giebt zum Schlusse an der Hand einer Tabelle einen Ueberblick über die bisher vorhandene Kasuistik, welche zu weiteren Versuchen auf diesem Wege entschieden aufzumuntern scheint.

(Autoreferat).

An der Diskussion beteiligen sich die Herren Truhart, Hartge, Ströhmberg und Klau.

Vorsitzender: Ströhmberg.
Sekretär: A. Lezius.

Berichtigung.

In der vorigen Nr. 1, S. 7 muss es im 2. Abschnitte, Z. 2 der Besprechung der «Rationellen Organotherapie von Prof. v. Poehl etc.» (statt des vorliegenden) Berufes — des vorliegenden Buches heissen.

Aufruf

zur Hilfe für unsere notleidenden baltischen Kollegen.

Seit Monaten sind die baltischen Lande ein Schauplatz revolutionärer Vergewaltigung, die, von blindem Nationalhass geschürt, sich an allem vergreift, was staatliche Ordnung vertritt und deutschen Namen trägt. Auch der Aerztestand ist da nicht verschont geblieben, obwohl sein über Politik und Nationalität erhabenes Wirken ihm doch wohl Unantastbarkeit seiner Glieder sichern sollte. Schon haben wir die traurige Pflicht erfüllen müssen, von ruchlosen Mordtaten zu berichten, denen baltische Aerzte zum Opfer gefallen sind — aber von denjenigen unserer Kollegen, die mit andern Deutschen aus ihrem Wirkungskreis vertrieben, Arbeit und Erwerb, und Haus und Hof verloren, haben wir noch nicht gesprochen. Ihrer aber sind viele und ihre Not ist gross, besonders auf dem Lande und in den kleinen Städten. Da steht neben dem eingeäscherten Gutshof und dem verwüsteten Pa-

storat auch manches verödete Doktorat, die nun verlassene Stätte langjähriger selbstloser ärztlicher Tätigkeit.

Wohl ist angesichts des schweren Unglücks, das über die baltischen Lande hereingebrochen ist, tätige Hilfe schon am Werk zur Linderung der allgemeinen Not. Allein das schliesst die Notwendigkeit der Standeshilfe nicht aus. Der ärztliche Stand, der stets und überall in erster Reihe steht, wo's gilt menschlichem Leid und Unglück zu begegnen — nun helfe er seinen eigenen Gliedern!

Wir freuen uns mitteilen zu können, dass der Livländische ärztliche Rechtsschutz- und Hilfsverein schon die ersten Schritte zu solcher kollegialer Hilfeleistung getan hat und überall werktätige Unterstützung findet.

Auch die Redaktion unserer Petersburger Medizinischen Wochenschrift will tun, was in ihren Kräften steht, um diese ärztlich-kollegiale Hilfsaktion nach Kräften zu fördern. Sie ist gern erbötig, allen auf die eventuelle Notlage baltischer Kollegen bezüglichen Mitteilungen in ihrem Blatt Raum zu geben und so mitzuhelfen zur Entscheidung der schwierigen Frage, wie in den einzelnen Fällen zu helfen wäre, sie ist bereit, materielle Unterstützungen zum Besten der notleidenden Kollegen entgegen zu nehmen und dem livländischen ärztlichen Hilfsverein zur Verteilung zu überweisen; sie will auch Arbeitsnachweis und Stellenvermittelung übernehmen und in jeder ihr möglichen Weise mithelfen.

Wir wenden uns somit in erster Linie an alle unsere Leser, weiterhin aber an alle Aerzte unseres weiten Reiches mit der Bitte um Hilfe für unsere notleidenden baltischen Kollegen. Auf denn, zur Tat — zur Ehre unseres Standes!

Einschlägige Mitteilungen und Nachrichten bitten wir an den geschäftsführenden Redakteur Dr. E. Blessig in St. Petersburg, W. O. 4. Linie, 5 zu richten. Geldspenden zum Besten der durch die Ereignisse der letzten Monate in Not geratenen baltischen Aerzte nehmen entgegen die Glieder der Redaktion der Petersb. med. Wochenschrift:

Dr. E. Blessig in Petersburg.
Prof. K. Dehio in Dorpat.
Dr. J. Krannhals in Riga.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Professor Dr. E. v. Bergmann ist von der Berliner medizinischen Gesellschaft, die gegenwärtig nicht weniger als 1486 Mitglieder zählt, in der am 4./17. Januar stattgehabten Generalversammlung wieder zu ihrem ersten Vorsitzenden gewählt worden. Stellvertretende Vorsitzende wurden der Kliniker Prof. Dr. Senator, der Nachfolger Virchows Prof. Dr. Orth und der berühmte Bakteriologe Prof. Dr. Robert Koch.

— Prof. Dr. W. Zoege v. Manteuffel weilt seit dem 4. Januar in St. Petersburg, wo er als Delegierter seitens der medizinischen Fakultät der Dorpater Universität an der Konferenz zur Beratung des neuen Universitätsstatuts teilnimmt. Zur Konferenz gehören 9 Rektoren und 35 von sämtlichen Fakultäten und Professoren der Universitäten gewählte Delegierte.

— Die hiesige Akademie der Wissenschaften hat den Entdecker des Syphiliserregers Dr. Schaudinn, Mitglied des deutschen Reichsgesundheitsamtes und Privatdozent an der Berliner Universität, zum korrespondierenden Mitgliede gewählt. Wie verlautet, ist Dr. Schaudinn zum Leiter der Spezialabteilung für Protozoenforschung beim Institut für Schiffs- und Tropenhygiene in Hamburg ausersehen.

— Der Präses der St. Petersburger städtischen Sanitätskommission, Dr. A. Oppenheim, der bereits seit einiger Zeit im Auslande ist, hat die Stadtverwaltung um Entbindung von diesem Amt gebeten, was auch bereits geschehen ist.

— Ordensverleihungen: Der St. Annenorden I. Klasse — dem Militär-Medizinalinspektor des Warschauer Militärbezirks Dr. Wl. Schuchow.

Der St. Stanislausorden I. Klasse — dem Korpsarzt des 5. Armeekorps Dr. J. Maximowitsch. Der St. Wladimirorden III. Klasse — dem Brigadearzt der 57. Inf.-Reservebrigade Dr. M. Kruglewski.

— Dem Direktor des hiesigen Alexander Newski-Kinderasyls Dr. Leo v. Lingen ist der St. Stanislausorden II. Klasse und dem Direktor der bei der Kais. weiblichen patriotischen Gesellschaft bestehenden Schule auf den Namen des Grossfürsten Thronfolgers Dr. Wold. v. Fick ist der St. Annenorden III. Klasse verliehen worden.

— Verabschiedet: der Oberarzt des Krankenhauses auf den Namen Kaiser Alexanders III. in Moskau, Dr. Goldendach, auf eigenes Ersuchen, und die älteren Ordinatoren der Wilnaschen Bezirksirrenanstalt Klevesahl und Aptekmann.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 26. Dezember a. pr. zu Ogershof (Livland) der freipraktizierende Arzt Dr. Karl Freudenfeld im 43. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war zu Pilten (in Kurland) geboren, erhielt seine Gymnasialbildung in Goldingen, studierte 1884 Naturwissenschaften in Petersburg und widmete sich dann 1885 dem Studium der Medizin an der Dorpater Universität. Nach Erlangung des Arztgrades i. J. 1895, liess er sich als Arzt in Fehgen (Livland) nieder, von wo er aber 1900 nach Ogershof im Wendenschen Kreise übersiedelte. 2) Am 28. Dezember in Smolensk der Ordinator am Klinischen Militär-Hospital in St. Petersburg Dr. Karl Kleinenberg im 27. Lebensjahre nach kurzer ärztlicher Tätigkeit. 3) In St. Petersburg am 2. Januar der frühere Oberarzt der Akademie des Generalstabes und des Feldjägerkorps, Geheimrat Dr. Valentin Pokrowski, im Alter von 56 Jahren. Nach Absolvierung des Kursus an der mediko-chirurgischen Akademie i. J. 1872 in St. Petersburg, war P. Ordinator an der Botkinschen Klinik und nahm i. J. 1877 als Arzt der Pokrowschen Sanitätskolonne des Roten Kreuzes an dem türkischen Feldzuge teil. Zurückgekehrt, wurde er zum Arzt der Nikolai-Kavallerieschule ernannt, darauf 1884 zum Oberarzt des Generalstabes, welche Stellung er bis zum Oktober vorigen Jahres innehatte. Der Verstorbene war ein sehr tätiges Mitglied und 20 Jahre auch Kassierer der Gesellschaft russischer Aerzte, welche ihn in Anbetracht seiner Verdienste um die Gesellschaft zum Ehrenmitgliede erwählte. Er gehörte auch als Mitglied dem Blindenkuratorium an. 4) In Graz am 22. Dezember n. St. der ausserordentliche Professor der Augenheilkunde Dr. A. Sachsalber im 42. Lebensjahre. 5) In Rom der Professor der Geburtshülfe an der dortigen Universität, Dr. E. Pasquale im Alter von 80 Jahren. Er hatte noch bis zum Beginn der Weihnachtsferien seine Vorlesungen gehalten. 5) Am 6. Jan. verschied hierselbst der ehemalige Medizinalinspektor des Kronstädter Hafens und Oberarzt des dortigen Nikolai-Marinehospitals, Geheimrat Dr. Fromhold Hohlbeck, im 70. Lebensjahre. Einen ausführlicheren Nekrolog bringen wir in der nächsten Nummer.

Von Universitäten und med. Instituten.

— In dem Entwurf des neuen Universitätsstatuts ist durchweg eine erfreuliche Vermehrung der Lehrkräfte innerhalb der einzelnen Fakultäten ins Auge gefasst. So ist z. B. für die medizinische Fakultät der Dorpater Universität ein Etat von 19 ordentlichen und 10 ausserordentlichen Professoren, sowie 4 Dozenten vorgesehen.

— Zum Rektor der Universität Königsberg für das Studienjahr 1906/1907 ist der Professor der Augenheilkunde Dr. Hermann Kuhnt gewählt worden.

— Dr. Martin Sihle hat sich als Privatdozent für spezielle Pathologie und Therapie an der Odessaer Universität habilitiert. Er ist ein ehemaliger Jünger der Dorpater Universität, an welcher er 1889 die med. Doktorwürde erlangte.

— Zum Nahfolger Prof. Nothnagels hat das Professorenkollegium der Wiener medizinischen Fakultät, nachdem eine ganze Reihe deutscher Kliniker (Kraus, Krehl, Fr. Müller, Strümpell und Quincke) die Berufung ausgeschlagen haben, jetzt die Professoren Dr. Oskar Minkowski, Ordinarius an der Universität Greifswald, und Dr. Karl v. Noorden, Oberarzt der internen Abteilung am städtischen Krankenhause zu Frankfurt a/Main, ex aequo et unico loco vorgeschlagen.

— Die durch den Ukas vom 10. Dezember 1905 den höheren Lehranstalten verliehene Autonomie ist jetzt auch auf das Klinische Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna ausgedehnt worden.

— Die militär-medizinische Akademie ist auf Beschluss der Konferenz der Akademie bis zum 1. Sep-

tember geschlossen worden. Die Stipendien werden vom Februar-Monat an nicht mehr gezahlt werden. Die Studenten der Akademie fordern die von ihnen im Herbst eingezahlten Kollegiengelder zurück, da im verflossenen Herbstsemester faktisch keine Vorlesungen in der Akademie gehalten worden sind.

— Der durch die Uebersiedelung Prof. Podwyssotzkis nach Petersburg erledigte Lehrstuhl der allgemeinen Pathologie an der Odessaer Universität wird auf dem Wege des Konkurses besetzt werden. Bewerber haben ihre Gesuche bis zum 15. März d. J. einzureichen.

— In dem weiblichen medizinischen Institut haben bereits die Prüfungen zur Erlangung der Doktorwürde vor kurzem begonnen.

— Soziale Medizin als Lehrgegenstand. Mit Rücksicht auf die hohe Bedeutung, welche die soziale Medizin für Aerzte, Verwaltungsbeamte u. s. w. in neuerer Zeit erlangt hat, ist an der Berliner Universität eine ausserordentliche Professur für dies Gebiet geschaffen und dem Prof. Martin Kirchner, vortragenden Rat im Kultusministerium, übertragen worden. Wie die Zeitschrift für ärztliche Fortbildung meldet, wird Prof. Kirchner neben diesem neuen Lehrauftrag seinen früheren für Hygiene beibehalten.

Standesangelegenheiten.

— Zur Lage der Reserveärzte im Fernen Osten entnimmt die «Düna Ztg.» einem Briefe vom 21. Oktober einige Schilderungen, welche die Situation dieser Aerzte in der Mandschurei als eine unerträgliche erscheinen lassen. Was zunächst die Hospitäler anbetrifft, so sind dort nur sehr wenige aufgelöst worden, obwohl die letzten Kranken, wie z. B. in dem vom Briefschreiber geleiteten Hospital, schon Ende September entlassen worden sind. Dagegen trafen nun aus Wladiwostok und Charbin eine Menge Sanitätszüge mit «Kranken» ein, von denen aber höchstens 10 pCt. ärztlicher Hülfe bedurften, während die meisten völlig gesund waren. Der Grund, dass die Hospitäler nicht geschlossen werden, liege wohl darin, dass durch die Schliessung verschiedenen interessierten Administrativbeamten ihre jetzige Existenzbasis entzogen werden würde. Ganz abgesehen von der unbefriedigenden «medizinischen Tätigkeit» der Aerzte, ist, nach den Schilderungen des Briefschreibers, die Lage derselben, speziell der jüngeren, auch materiell eine unmögliche geworden. So sind den älteren Aerzten vom 1. November an plötzlich die Taggelder (суточныя) entzogen worden, was ein Minus von 90—93 Rbl. monatlich bedeutet, und, da auch die Beheizung ihrer Quartiere für unnütz befunden worden, eine monatliche Einbusse von 100 Rbl. ausmacht. Noch viel schlimmer sind die jüngeren Aerzte dran, die jetzt alles in allem nur 100 Rbl. monatlich erhalten, so dass die zahlreichen Verheirateten unter ihnen, bei der phänomenalen Teuerung in der Mandschurei, wohl kaum etwas zur Unterstützung der Ihrigen nach Hause zu schicken imstande sein werden.

Damit sind aber die Ungerechtigkeiten gegen die Reserveärzte noch nicht erschöpft: Obgleich diesen gesetzlich Progongelder für die Rückfahrt (450 resp. 675 Rbl.) zustehen, so wurde dem kleinen Häuflein Reserveärzte, welche Mitte Oktober entlassen wurden, die gesetzmässigen Ansprüche auf Progongelder auf die Weise annulliert, dass sie überhaupt nicht aus dem Dienst entlassen, sondern rückkehrenden Echelons zukommandiert wurden, bei welchen ihre Anwesenheit, da fast auf jeder Station sich Lazarette befinden, zwar völlig unnütz ist, aber «sparend» wirken soll. Hoffentlich werden diese «Ersparnisse», fügt der Briefschreiber hinzu, späterhin als wohl gebucht und «empfangen» registriert.

— In der hiesigen städtischen Irrenanstalt St. Nikolaus des Wundertäters, in welcher, wie wir unlängst mitgeteilt haben, schon seit längerer Zeit eine starke Gährung unter dem Dienstpersonal sich bemerkbar machte, ist am 7. Januar der Oberarzt der Anstalt Dr. Reformatski in Gegenwart des Kurators Shdanow und mehrerer Aerzte von Bediensteten der Anstalt in unglaublich roher Weise überfallen, mit Gewalt auf den Hof gezerrt und auf einer Karre aus dem Territorium der Anstalt herausgeschleppt worden. Es ist dieser Ueberfall um so unverständlicher, als — wie Prof. D. Ssokolow in der «Now. Wr.» mitteilt — Dr. Reformatski die Interessen des mittleren und niederen Personals seines Hospitals in der städtischen Hospitalkommission stets eifrig vertreten hat und im Januar 1905 auch mit einem Gesuch um Verbesserung der materiellen Lage des Personals eingekommen war.—Nach diesem Incident mit dem Oberarzt hat jedoch die Gährung in der Anstalt nicht aufgehört, sondern noch grössere Dimensionen angenommen. Da nach dem Ueberfall auf Dr. Reformatski mehrere Rädelsführer verhaftet worden waren, verlangten die Angestellten die Freilassung derselben aus der Haft und drohten im Weigerungsfalle mit Freilassung sämtlicher Insassen der Anstalt, was sie auch bereits in einer Abteilung auszuführen begannen, jedoch durch eine Polizeiabteilung daran verhindert wurden.

Nach einer Mitteilung des Vorsitzenden der städtischen Hospitalkommission Dr. Petrunkewitsch in der Dumasitzung ist Dr. Troschin der Führer der Agitation gewesen und daher vom Amt suspendiert worden. Ausserdem ist der Inspektor der Anstalt (смотритель) Schulz, in dessen Wohnung die Beratungen des Dienstpersonals stattgefunden haben, nachdem er in der Nacht auf den 9. Januar aus dem Hospital verschwunden war, am 11. Januar verhaftet worden.

Dr. Reformatski sind zahlreiche Kundgebungen der Sympathie und des Bedauerns seitens der Kollegen, der Duma, des Personals anderer Hospitäler u. a. zugegangen.

Verschiedene Mitteilungen.

— Eine Gedächtnisfeier für Prof. Mikulicz. Eine eigenartige, weihevolle Gedächtnisfeier, bei der keine Rede gehalten wurde, fand in der Lutherkirche in Breslau statt: die Singakademie führte zu Ehren ihres einstigen Vorstandsmitgliedes, des berühmten verstorbenen Chirurgen Prof. Johann v. Mikulicz-Radecki, zufolge einer letztwilligen Bestimmung desselben, das Deutsche Requiem von Brahms auf, dessen Freundschaft Mikulicz genossen hatte. Neben der Familie des Verstorbenen waren die ersten Gesellschaftskreise aus Stadt und Provinz sowie der Lehrkörper der Universität mit dem Rektor an der Spitze erschienen.

— Aufhebung der medizinischen Zensur. Auf Beschluss des Medizinalrats vom 29. November werden, wie in der «Livl. Gouv.-Ztg.» bekannt gemacht wird, sämtliche Verfügungen des Ministeriums des Innern im Ressort des früheren Medizinaldepartements, die sich auf die medizinische Zensur beziehen, aufgehoben.

— Der «Russki Medizinski Wjestnik» (Russischer medizinischer Bote), welcher seit 7 Jahren zweimal monatlich hier erschien und von dem Professor P. I. Kowalewski und den DDr. M. P. Manassein und N. F. Tschigajew redigiert wurde, hat mit dem Beginn dieses Jahres sein Erscheinen eingestellt.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 31. Dez. d. J. 10745 (241 mehr als in d. Vorw.), darunter 928 Typhus — (47 mehr), 952 Syphilis — (23 wen.), 411 Scharlach — (0 wen.) 157 Diphtherie — (18 mehr), 82 Masern — (5 mehr) und 32 Pockenkranke — (2 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 25. bis zum 31. Dez. d. J. im ganzen 844 (457 M., 387 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 1, Typh. abd. 29. Febris recurrens 4, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 30, Scharlach 17, Diphtherie 23, Croup 0, Keuchhusten 12, Croupöse Lungenentzündung 26, Erysipelas 10, Grippe 8 Katarrhalische Lungenentzündung 67, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 14, Tuberkulose der Lungen 110, Tuberkulose anderer Organe 28, Alkoholismus und Delirium tremens 18, Lebensschwäche und Atrophia infantum 46, Marasmus senilis 19, Krankheiten des Verdauungskanals 91. Totgeborene 42.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 24. Jan. 1906.

Tagesordnung: Dr. Biel (Korresp. Mitgl.) Statistik der in 15 Jahren zur Untersuchung gelangten zuckerhaltigen Harne.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 16. Jan. 1906.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky Prospekt № 14. zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petb., W. O. 4 Linie, 5 zu richten. Sprechstunden tägl. ausser Mittwoch u. Sonntag v. 4—6 U. Telephon 20557.

№ 3. St. Petersburg, den 21. Januar (3. Februar). **1906.**

Aus dem chem.-bakteriologischen Laboratorium von Dr. St. Serkowski in Lodz.

Assainisation nach Schweder in einigen Lodzer Häusern.

Von

L. Klocman.

Eine der wichtigsten Fragen, welche bisher von den Hygienikern und Technikern nicht genügend beantwortet wurde, ist die der Entfernung und Unschädlichmachung der städtischen Verunreinigungen.

Diese bestehen aus städtischen Abflüssen, Abort-, und Strassenunreinlichkeiten, Fabrikabflüssen, Kehricht und Abfällen, deren Menge ungeheuer ist. Auf die Abortunreinichkeiten selbst (die Frage ihrer Entfernung in Lodz will ich hier prüfen) kommen nach Lehmanns und Wolff's Angaben auf 100,000 Einwohner (37,6 pCt. Männer, 34,63 pCt. Frauen, 14,06 pCt. Knaben, 13,70 pCt. Mädchen) jährlich in Tonnen (1000 kg.):

	Koth	Harn
Männer	2059,1 T.	20592 T.
Frauen	567,9 »	17062 »
Knaben	564,5 »	2925 »
Mädchen	125,1 »	2250 »
Zusammen	3316,6 T.	42829 T.

Die Menge des täglich durchschnittlich von einem Einwohner verbrauchten Wassers ist sehr verschieden; in kanalisierten Städten beträgt sie 100—250 Liter, sie steigt bedeutend während des Regens.

Die schädliche Wirkung der Abflüsse wird hauptsächlich durch ungeheure Bakterienvermehrung, Gasbildung, Verunreinigung der Luft und des Trinkwassers bedingt.

«Wenn auch eine direkte Uebertragung von ansteckenden Krankheitskeimen durch die Kanalgase nach unseren heutigen Anschauungen über die Verbreitung von ansteckenden Krankheiten nicht anzunehmen ist, so können die in Kanal- und Hausleitungen entstehenden Fäulnissgase bei dauernder Einwirkung doch indirekt schädlich sein, indem sie Ekel erregen und das allgemeine Wohlbefinden, sowie damit zugleich die Widerstandsfähigkeit des Körpers gegen Krankheiten herabsetzen. Alessi in Rom hat z. B. nachgewiesen, dass Tiere (Ratten, Meerschweinchen und Kaninchen), welche längere Zeit Kanalgasen ausgesetzt waren und dann mit Typhusbazillen und Bakterium coli commune geimpft wurden, in grösserer Anzahl den Impfungen erlagen, als solche Tiere, welche den Kanalgasen nicht ausgesetzt gewesen waren» [1]).

Es unterliegt keinem Zweifel, dass wenn die Abflusskanäle nicht hermetisch verschlossen werden, diese Gase die Luft verpesten. Dieselbe Verunreinigung entsteht auch auf eine andere Weise.

Ein sehr grosser Teil der Abflusswässer sickert in die Erde hinein. Die Erde besitzt derartige physikalische und chemische Eigenschaften, dass sie faulende Substanzen teilweise absorbiert, teilweise aber mittelst des

[1]) Koenig: Die Verunreinigungen der Gewässer. Bd. II. S. 18.

Sauerstoffes aus der Luft oxydiert. Als Endprodukte dieser Oxydation erhalten wir Wasser, Kohlen-, Schwefel-, Salpetersäure. Talk hat bewiesen, dass die absorbierende Tätigkeit der Erde sich nicht bloss auf Kalium, Ammoniak und Phosphorsäure beschränkt, sondern dass sie auch aromatische Basen, Alkaloide und Fermente absorbiert. Die Absorptionfähigkeit ist jedoch beschränkt hauptsächlich dem Harnstoff gegenüber. «Es ist daher sehr möglich, dass gerade der Bestandteil, welcher für die Verunreinigung des Bodens in Städten vorwiegend in Betracht kommt, bei fortgesetztem Nachdringen unzersetzt in die tieferen Bodenschichten und damit ins Grundwasser gelangt»[2]).

Der unzersetzte Teil der Abflusswässer verunreinigt also das in der Erde enthaltene Wasser und die Luft. Die letztere steht in enger Verbindung mit der überirdischen Luft, welche dadurch auch verunreinigt wird. Von noch schlimmeren Folgen kann eine Verunreinigung des Trinkwassers sein.

J. Fodor giebt folgende Resultate an von 40 Analysen des durch Abflusswässer verunreinigten Bodens und von 67 des reinen Bodens:

Auf 1 kg. Erde kommen:

Bodenart	Org. Stickstoff	Ammoniak	Salpetersäure
Verunreinigter Boden	1132,0 mg.	33,5 mg.	217 mg.
Reiner Boden . . .	68 »	6,9 »	121 »

Diese Tabelle beweist auch, dass die Oxydation weniger energisch stattfindet in dem mit Unreinichkeiten überbürdeten Boden, weil der reine Boden viel mehr Salpetersäure enthält im Verhältnis zum organ. Stickstoff und Ammoniak. Die Tabelle beweist also auch die beschränkte Oxydationsfähigkeit. Diese Verunreinigungen samt den Bakterien gelangen in die Grundwässer, also auch in die Brunnen. Es ist wohl überflüssig hinzuzufügen, was das für Folgen haben kann, umsomehr jetzt, wo sich der drohende Cholera-Vibrio auf diese Weise verbreiten kann.

Mit der Frage der Unschädlichmachung der Abflusswässer hat man sich zuerst in England, dann in Deutschland und in der ganzen zivilisierten Welt beschäftigt. Gegenwärtig gibt es viele Arbeiten, welche diese Frage zu lösen suchen und nicht wenig Systeme der Reinigung der Abflüsse. Dazu dienen Berieselung der Felder, mechanische und chemische Reinigung, Filtration und endlich das sog. biologische System. Das Berieselungssystem besteht darin, dass die städtischen Abflusswässer zur Berieselung der Felder gebraucht werden. Dabei findet eine Art von Filtration durch den Boden statt; das filtrierte Wasser wird mittelst der Drainröhre abgeleitet, sämtliche durch das Wasser mitgerissene und in ihm gelöste Körper werden abgesetzt, mittelst oxydierender oder nitrifizierender Bakterien in nicht faulende Verbindungen umgewandelt und dienen zur Ernährung der Pflanzen. Das Berieselungssystem hat bis jetzt die besten Resultate gegeben, vorausgesetzt, dass es bei geeignetem Boden angewendet wird.

Die chemische und mechanische Reinigungsmethode besteht in der Absetzung der in dem Abflusswasser befindlichen festen Körper in besonderen Behältern, wo das Wasser fast unbeweglich bleibt und in der Fällung der gelösten Körper mittelst verschiedener chemischer Reaktive.

Die biologische Methode nützt wieder die oxydierende und nitrifizierende Tätigkeit der Bakterien in der Weise aus, dass sie die auf den Filtern abgesetzten Abflussbestandteile ihrer Wirkung unterwirft.

Es giebt einige biologische Systeme, welche sich technisch von einander unterscheiden, deren Grundgedanke jedoch derselbe ist. Der Hauptunterschied besteht darin, dass die Filter periodisch oder continuierlich arbeiten.

Im erstern Falle sind die Bakterien während der Ruhe der Filter tätig, deshalb sind auch jegliche Vorrichtungen, um die genügende Sauerstoffmenge zu liefern, überflüssig, im zweiten sind die letztern unentbehrlich. Der Sauerstoff wird entweder auf solche Weise zugeführt, dass die Abflusswässer als Regen auf die Filter fallen, also den Sauerstoff der Luft aufnehmen, oder auf eine andere Weise.

Wir wollen hier das Schweder'sche System besprechen, welches sich von den anderen dadurch unterscheidet, dass die Abflusswässer vor der Oxydation einer Fäulnis unterliegen, was die darauf folgende Oxydation vervollkommnet.

Die gesamten Abflusswässer werden auf solche Weise bearbeitet, dass die in ihnen enhaltenen organischen Körper mittelst der Fermentation in weniger komplizierte Verbindungen, teilweise auch unmittelbar in Wasser, Ammoniak und Kohlensäure übergehen; weniger komplizierte Verbindungen werden vollständig oxydiert, also auch mineralisiert; Ammoniak geht in Salpetersäure über.

Der dabei die Hauptrolle spielende Zersetzungsprozess wird durch die Tätigkeit verschiedener Mikroorganismen hervorgerufen. Der eine Teil zersetzt organische Körper, der andere setzt die Arbeit in der Weise fort, dass er den organischen Stickstoff in Salpetersäure überführt, also die in den Abflusswässern enthaltenen organischen Körper «mineralisiert». Die nur unter Ausschluss der Luft arbeitenden Bakterien der ersten Reihe nennen wir Anaëroben, die anderen Luft verlangenden — Aëroben.

Um unter möglichst gleichmässigen Bedingungen zu arbeiten, werden die Abflusswässer während einer bestimmten Zeit, am besten während eines Tages, in einem gut vor Licht und Luft geschützten Raum gesammelt, damit der Fermentationsprozess ungestört stattfindet. Während des Ansammelns bleiben die Abflusswässer bewegungslos und die Fäulnis und die Fermentation gehen vollständig vor sich.

Auf der fermentierten respektive fermentierenden Flüssigkeit schwimmen Körper mit geringem spezifischem Gewicht — vorwiegend Fette. Diese Körper bedecken die Abflusswässer mit einer Schicht, die den Zutritt der Luft erschwert und den Schimmelpilzen als Nährboden dient. Da diese Schicht die Verdampfung hindert, so ist es wichtig, dass das Ableitungsrohr unter dieser Schicht zu liegen kommt.

Man legt es nämlich 1 Meter unter die Oberfläche, da während der Fermentation sich am Boden des Behälters Schlamm absetzt, der aus festen durch den Strom des Wassers mitgerissenen Körpern und nicht faulenden organischen Substanzen besteht, welche sich infolge der langsamen Bewegung des Wassers absetzen. Der Schlamm unterliegt weiter der Einwirkung der Anaëroben, welche 30—40 pCt. der ursprünglichen Menge in lösliche oder gasartige Verbindungen umwandeln

Aus dem Faulraum geht das Wasser in das Sedimentierungsbassin über. Schon früher — infolge der fast vollständigen Bewegungslosigkeit — setzen sich die in Abflusswässern enthaltenen ungelösten Körperchen teilweise ab, wodurch das Wasser klarer wird. Der übrige Teil setzt

[2]) ibidem S. 20; vergl. auch S. 21.

sich im Sedimentierungsbassin ab und so bekommen die Abflusswässer eine fast gleichmässige Zusammensetzung.

Dann fallen sie auf einige durchlöcherte, mit Kies beschüttete Bleche. Zwischen den Blechen befindet sich freier Raum, in den durch eine Art von Schornstein die Luft gelangt.

Auf diese Weise wird das Abflusswasser mit Luft gesättigt und kommt in die Abteilung, wo die Oxydation stattfindet, d. h. auf die Filter, die auf dem Boden Drainröhren haben.

Während der Anfüllung und kurze Zeit darauf sind die Drainröhren geschlossen, deshalb unterliegen die hier befindlichen Abflusswässer der Einwirkung von Salpeter erzeugenden Mikroben, welche, dank den unzähligen Mengen der fein verteilten Luftbläschen, hier ausgezeichnete Bedingungen für ihre Arbeit finden. Nach einiger Zeit werden die Röhren geöffnet und es soll „reines geruchloses, nicht faulendes und salpeterhaltiges Wasser ausfliessen“ (siehe Beschreibung im Patent).

Die Frage der Anwendung der Faulräume wurde sehr lebhaft besprochen und ist noch jetzt nicht gelöst. Man hat ihnen den Vorwurf gemacht, dass sie sehr kostspielig, aber wenig nützlich sind, da sich in ihnen der Schlamm im verhältnismässig sehr geringer Menge absetzt und dass sie die Verunreinigung der Filter nicht verhüten. Dunbar's Versuche haben erwiesen, dass sie den Wert für die Reinigung des Wassers nicht haben. Das wird durch folgende Tabelle nachgewiesen:

Monat	Wasser aus dem Faulraum Verminderung in pCt.			Wasser aus dem Bassin Vermind. in pCt.
	Ammoniak	Organischer Stickstoff	Oxydation	Oxydation.
1	52,6	55,3	68,2	73,1
2	59,2	58,1	62,1	77,1
3	—	—	56,9	78,4
4	61,9	63,9	63,8	77,9
5	49,9	64,0	67,2	72,3

Eine entgegengesetzte Meinung haben Experte in Manchester ausgesprochen. Ihrer Meinung nach haben die Faulräume einen grossen Wert: erstens, weil eine starke Verunreinigung der Filter verhütet wird, zweitens, die Abflusswässer gleichmässiger werden, drittens die spätere Oxydation erleichtert wird [3]). Wahrscheinlich bestimmen die Ortsbedingungen das Bedürfnis der Faulräume.

Der zum Bau der Filter gebrauchte Stoff muss porös sein und, wie die Erfahrung lehrt, Eisenverbindungen enthalten. Die Porosität des Stoffes spielt eine rein quantitative Rolle, der Behälter ist dann imstande mehr Wasser aufzunehmen. Die Eisenverbindungen haben deshalb eine günstige Wirkung auf die Resultate der Filtration, weil sie den Schwefelwasserstoff zersetzen. Der entsprechendste Stoff wird die Schlacke sein, wenn man den Preis und die Resultate berücksichtigt.

Die Art des Stoffes spielt insofern eine Rolle, als ein grobkörniger Stoff weniger verunreinigt wird — ein feinkörniger besser filtriert. Sehr günstige Resultate erhält man daher durch die Anwendung von doppelten Filtern. Der Umfang und die Dimensionen der Filter werden durch lokale Bedürfnisse bestimmt, z. B. durch die Menge der Abflusswässer, durch den Grad der erforderlichen Reinigung u. s. w. Als Grundsatz gilt, dass zur Reinigung von 250 l ein Kubikmeterbassin erforderlich und dass die Tiefe des Filters nicht

1,5—2 m. bei 8—25 mm. des Durchschnittes des Filtrierstoffes.
1,0—1,5 » » 3—8 » des Durchschnittes des Filtrierstoffes.
0,5—1,0 » » bis 3 » des Durchschnittes des Filtrierstoffes.

übersteigen darf, weil sonst der Luftzutritt und die Arbeit der oxydierenden Bakterien gehemmt wird.

Die Filter müssen nach jeder Anfüllung und nach je einigen Wochen Arbeit ruhen, ausserdem müssen die Filter in bestimmten Zeitabschnitten gereinigt werden.

Die ersten Installationen dieses Systems wurden von Dibdin in den Städten Sutton und Exeter aufgebaut.

Die Analyse der gereinigten Abflusswässer hat 3 Tage nach der Reinigung ergeben (alle folgenden Tabellen nach Koenig):

In 1 Liter in mg.

	Kalk	Chlor	Phosphorsäure	Schwefelsäure	Stickstoff als: Salpetersäure	Stickstoff als: Ammoniak	Stickstoff als: Organisch	Zur Oxydation verbrauchter Sauerstoff: In alkal. Lösung	Zur Oxydation verbrauchter Sauerstoff: In saurer Lösung	Gelöste Körper: Anorganische	Gelöste Körper: Organische	Suspendierte Körper: Anorganische	Suspendierte Körper: Organische
Rohe Jauche . .	180,0	74,4	19,4	83,9	10,6	76,0	11,7	33,6	30,2	455,0	183,5	212,5	255,3
Gefaulte Jauche	155,0	79,7	8,9	70,1	16,6	34,0	4,7	22,1	21,9	461,0	149,5	44,6	36,8
Oxyd. Jauche. .	190,0	76,1	4,8	94,3	20,5	7,0	3,9	15,5	9,8	462,5	212,5	33,9	33,0

[3]) F. Fischer: Das Wasser S. 187.

In Gross-Lichterfelde, wo doppelte Filter angewendet wurden, ergaben 8 Analysen (4 in warmer und 4 in kalter Jahreszeit) folgende durchschnittliche Resultate:

	Suspendierte Körper in mg.		Gelöste Körper in mg.											
					Sauerstoff zur Oxydation in mg.		Stickstoff							
	Organische	Anorganische	Organische	Anorganische	In saurer Lösung	In alkal. Lösung	Organische	Ammoniak	Salpetersäure	Gesamt	Schwefelsäure	Phosphorsäure	Chlor	Kalk
Rohe Jauche . . .	1574,9	1327,6	418,9	601,5	45,0	53,2	33,6	79,1	6,7	119,4	45,3	34,5	305,5	301,2
Gefaulte Jauche . .	161,1	70,7	266,6	500,8	34,3	41,0	12,1	77,0	6,1	95,2	45,9	20,3	305,3	122,8
Das Wasser aus den Drainageröhren														
I. Filter	Spuren	Spuren	268,5	918,3	12,9	17,3	9,5	22,0	30,5	62,0	68,9	3,8	355,5	229,6
II. Filter	Spuren	Spuren	352,5	884,4	11,9	14,9	8,9	7,2	40,2	56,3	108,8	0,6	345,2	196,7

Aehnliche Resultate haben die Installationen in Landeck ergeben.

Nach den Analysen anderer Forscher.

In mg.:

	Ammoniak	Salpetrige Säure	Salpetersäure	Schwefelsäure	Kalk
Rohe Jauche	82,9	0	4,3	46,7	183,9
Gefaulte Jauche . . .	85,0	0—viel	7,7	49,3	136,9
Oxydierte Jauche . . .	15,9	2,2	84,9	79,4	200,1

Analysen von Schumbug.

	Gelöste Körper bei 100° getrockn.	Anorg.	Verbrauch von $KMnO_4$ in mg.	Albuminoid-Ammoniak	Ammoniak	Salpetrige Säure	Salpetersäure	Schwefelsäure	Phosphorsäure	Kalk	Chlor	Mikrophytenkeime
Rohe Jauche . .	695,6	448,5	294,4	97,3	73,5	0	Spuren	40,6	18,4	86,1	164,4	2602787
Oxyd. Jauche . .	108,0	869,6	121,1	17,9	15,1	1,7	89,3	63,2	9,7	201,3	174,8	423610

Aehnliche Resultate haben Koenigs Analysen ergeben.

Dagegen ergaben die Untersuchungen der Abflusswässer der Einrichtungen nach Schweder in Lodz ganz andere Resultate. Die im Laboratorium von Dr. Serkowski ausgeführten Analysen ergaben in mg. pro 1 L.: Haus I (der Asow-Kama-Bank).

Probe genommen am	Geruch	Farbe	H_2S	NH_3	Chloride als		$KMnO_4$ Verbrauch in mg.
					Cl	NaCl	
29./IV.	Skatol	Trübe	0	96	212,4	—	640
20./V.	kein	Trübe	—	42,8	276,0	441,5	200
3./VI.	Skatol	Trübe (mit Bodensatz)	0	133,88	545,1	899,3	922,0
14./VI.	kein	Trübe	0	35,7	351,34	414,34	296,0
19./VI.	kein	Trübe	0	15,88	230,1	379,6	198,8
28./VI.	Schwach faul	Trübe	0	39,7	169,92	280,32	272,0

Der Fermentationsprozess wird in den abgelassenen Abflusswässern fortgesetzt: die Menge der organischen Bestandteile jeder Probe unterliegt in verschlossenen Flaschen weiteren Umwandlungen. Die tägliche Bestimmung während einer Woche hat folgende Endresultate in mg. des übermangansauren Kali ergeben:

640—600, 200—146, 922—760, 296—288, 198—112 272 - 240.

Haus II (von Wilhelm Landau).

Datum	Farbe	Geruch	H_2S.	Chloride als Cl	Chloride als NaCl	Ammoniak
30./III	Gelblich-milchig	Schwach faulig	0	210,0	348,0	127,0
3./VI.	Trübe	Kein	0	169,9	280 3	76,5
14./VI.	Trübe	Kein	0	272,56	481,68	263,5
20./VI.	Trübe, feiner Absatz	Faul	Spuren	247,8	408,8	153,0
21./VI.	Trübe	Skatol	0	230,1	379,6	45,6

Der Verbrauch von Kaliumpermanganat bei diesen fünf Proben betrug in mg.: 632—221, 200—106, 336—248, 328—248, 392—240.

Die Resultate der Analysen in diesen beiden Häusern sind bedeutend schlechter, als die oben angeführten; noch schlimmer aber stellen sich die Resultate dar im Vergleich zu denjenigen, welche das Berieselungssystem in Berlin und Breslau ergiebt, nämlich:

		Breslau Abflusswasser	Breslau Drainagewasser	Berlin Abflusswasser	Berlin Drainagewasser
Anorgan. Körper		650,6	461,4	562,4	732,9
Organische Körp.		510,9	100,1	292,1	109,9
Sauerstoffverbrauch		—	29,4	50,9	4,1
Stickstoff	Gesamt	94,6	30,5	87,3	31,6
	Ammoniak	56,6	3,0	77,3	2,9
	Albuminoid-Ammoniak	38,0	0,8	9,4	0,5
	Salpetersäure	0	24,8	Spuren	28,2
	Salpetrige Säure	0	1,8	Spuren	28,2
Kalk		77,8	102,7	107,5	167,8
Chlor		137,0	97,3	167,5	145,6
Phosphorsäure		23,1	Spuren	18,5	Spuren
Schwefelsäure		67,4	80,8	27,1	81,8

(Schluss folgt.)

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Albert Hoffa (Berlin): Lehrbuch der orthopädischen Chirurgie. 5. Auflage. Stuttgart 1905, Verlag von Ferdinand Enke, gr. 8°. 880 S. mit 870 in den Text gedruckten Abbildungen.

Wenn ein Lehrbuch, wie das vorliegende Hoffa'sche, in verhältnismässig kurzer Zeit bereits in der fünften Auflage erscheint, so ist das wohl zweifellos ein beredtes Zeugniss für seine Brauchbarkeit und für ein Bedürfniss nach einem solchen. Es ist aber auch nicht zu leugnen, dass die Orthopädie gerade in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte gemacht hat, wozu u. a. auch der wissenschaftliche und technische Aufschwung, den die Mechanotherapie in letzter Zeit genommen hat, wesentlich beigetragen hat. Die heutige Orthopädie hat den ganzen unnützen Ballast von folterähnlichen Redressionsapparaten unserer Vorfahren über Bord geworfen. Sie ist einfacher geworden und sucht die Deformitäten mit äusserst einfachen Mitteln zu verhüten und zu behandeln, unter genauer Berücksichtigung der zugrunde liegenden anatomischen und pathologischen Verhältnisse. Diese Fortschritte, welche die Orthopädie den letzten Jahren verdankt, machen sich auch in der vorliegenden neuen Auflage durch die vielfachen Verbesserungen, in manchen Kapiteln sogar durch völlige Umarbeitung bemerkbar.

Bei der Fülle des in dem Buche benutzten literärischen Materials hat der Verf. es für zweckmässiger gehalten, die Literaturangaben nicht hinter die einzelnen Kapitel zu setzen, sondern die gesamte orthopädische Literatur in einem Anhangsbande zu vereinigen, der uns aber bis jetzt noch nicht zugegangen ist.

Die bekannte Enke'sche Verlagsfirma hat keine Kosten gescheut, das treffliche Buch mit 870 in den Text gedruckten ausgezeichneten Abbildungen auszustatten.

So wird wohl das Hoffa'sche Lehrbuch in seiner neuen Gestalt sicherlich wieder viele neue Freunde finden.

Bernhoff.

Auszug aus den Protokollen der medizinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung vom 27. April 1905.

Herr Truhart hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber die Entozoen des Pankreas: Ascaridiasis, Cestoden- und Echinokokkuserkrankung». (Erschienen in Nr. 24 und 25, Jahrg. 1905 der St. Pet. med. W.).

Nach den bisherigen Erfahrungen bieten Entozoen nur äusserst selten zu Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse Veranlassung. Insgesamt sind 24 kasuistische Fälle veröffentlicht worden. Es kommen hierbei hauptsächlich Ascariden und Echinokokken in Betracht. Der Ascaris lumbricoides hat eine besondere Neigung in enge und schmale Oeffnungen hineinzudringen. Gelegentlich erwählen sich die Spulwürmer zu diesem Zwecke auch die 1—2 mm. breite Ausmündungsöffnung des gemeinsamen Gallen-Pankreasganges. Bei ihrer Wanderschaft bevorzugen sie auf dem Wege des Ductus choledochus die Gallenblase und die Lebergallengänge als Ziel, indem sie den Pankreasgang gewöhnlich beiseite lassen. In der Gesamtliteratur zerstreut finden sich 78 Mitteilungen, welche über Ascarideninvasion in die Gallengänge berichten; diesen stehen nur 13 Fälle von Ascaridenbefunden im Pankreas gegenüber. Meist geschieht die Einwanderung der Spulwürmer in den Pankreasgang erst nach eingetretenem Tode, öfters sind sie dann auch zu mehreren, bis 6 Exemplaren, bei der Obduktion angetroffen worden. Hierher gehören die Fälle von Mauchart, Engel, Klebs, Hayner, Kirmsse, Sick, Nash und ein vom Vortragenden beobachteter Fall. Eine intra vitam stattgehabte Invasion der Spulwürmer in den Ductus Wirsungianus macht sich an der Schleimhaut des Ganges durch akute Reizerscheinungen oder auch durch mechanischen Insult hervorgerufene oberflächlich gelegene Verletzungen kenntlich. Als Folgen ergeben sich dann nicht

selten in die Drüsensubstanz hineingreifende Abscedierungen, welche ihren Ursprung den Infektionskeimen verdanken, die von den Spulwürmern aus dem Darmlumen mit fortgerissen werden und meist den Tod des Patienten im Gefolge haben. Beispiele dieser Art sind von Lieutand, Drasche, Shea und in allerjüngster Zeit von Vierordt bei einem zweijährigen Knaben mitgeteilt worden. In letzterem Falle bot die schon zu Lebzeiten gestellte Diagnose zum operativen Vorgehen Anlass, jedoch mit letalem Ausgange, da auch Leberabszesse, gleichfalls durch Spulwürmer hervorgerufen, die Ascaridiasis pankreatica komplizierten. Endlich kann, ähnlich wie solches von Gallensteinen bekannt ist, plötzliche «Einklemmung» eines Ascaris im Diverticulum Vateri vollständige Sekretsperre und Retention von Pankreassaft verursachen und die bekannten Folgeerscheinungen, Blutung, Hämatom- und Pseudocystenbildung herbeiführen. Ueber einen solchen Fall berichtet Durante: bei der Obduktion einer Frau, bei der eine partielle Exstirpation einer Pankreaszyste ausgeführt worden war, erwies sich der Duktus Wirsungianus durch einen Ascaris lumbricoides fest verschlossen. Die operative Entfernung eines Spulwurmes aus dem gemeinsamen Gallen-Pankreasgang ist neuerdings (1903) von Neugebauer zum ersten Male bei gleichzeitiger Entfernung von 2 Gallensteinen auf dem Wege der Choledochotomie ausgeführt und dem Patienten, der an schweren Erscheinungen des Choledochusverschlusses litt, das Leben gerettet worden. Clemm aus Darmstadt berichtet über einen analogen Fall mit spontaner Heilung, in welchem alle grossen Beschwerden und Qualen nach äusserst heftigem Kolikanfall und Erbrechen eines Spulwurmes, der im Diverticulum papillae Vateri eingeklemmt gewesen war, mit einem Male gänzlich sistierten. Fälle ähnlicher Art, in welchen bei Kindern, die an Spulwürmern und Kolikanfällen leiden, ein Ascaris, beim Versuch in den Choledochus oder Pankreasgang sich hineinzuzwängen, durch kräftige Muskeltätigkeit der Gallengangwände wieder in das Darmlumen zurückgeschleudert wird, mögen garnicht allzu selten sich ereignen!

Von den im Darm des Menschen schmarotzenden Cestoden ist bisher nur ein einziges Mal die Anwesenheit im Pankreas zur Beobachtung gelangt. Stieda berichtet, dass er im Jahre 1900 an der Rückseite der Drüse einer an Pyloruskarzinom gestorbenen Frau eine Taenia saginata angetroffen habe, welche intra vitam die Wand des Duodenum und die Substanz des Pankreas, wahrscheinlich nicht lange vor dem Tode, durchbohrt hatte.

Die Taenia Echinokokkus ist unter den Haustieren nur im Darm des Hundes zu finden. Das embryohaltige Ei dieses 3–4 mm. langen Bandwurmes wird nach stattgehabter Infektion des Menschen auf dem Wege des Blutstromes fortgetragen und in diesem oder in jenem Organe, mit Vorliebe schon in den Bauchorganen, meist in der Leber abgelagert. Im neuen Wirken entwickelt sich dann der mikroskopisch nur sichtbare Embryo zur Echinokokkusgeschwulst. Die multiple, in verschiedenen Organen des Körpers gleichzeitig auftretende Form ist äusserst selten, meist handelt es sich um die isolierte Entwickelung eines Keimes, der je nach der zoologischen Sonderstellung der Taenia in dem betreffenden Organe zur uni- oder multiloculären Echinokokkusgeschwulst heranwächst.

Im letzteren Falle entstehen — und zwar beim Menschen nur in endogenem Wachstum — in ungeheurer Zahl Brutkapseln, Tochter- und Enkelblasen. Dieses Wachstum geht sehr langsam vonstatten: nach 5—6 Monaten pflegt die Geschwulst den Umfang erst einer Wallnuss, nach etwaigem jahrelangem Wachstum Kindskopf — höchstens aber Mannskopfgrösse zu erreichen. Die Echinokokkuserkrankung des Pankreas ist ein äusserst seltenes Vorkommnis, die Leber wird 60 Mal häufiger betroffen. Aus der Gesamtliteratur habe ich nur 8 Pankreasfälle ausfindig machen können. Das klinische Krankheitsbild weist viele Analogien, besonders viel Aehnlichkeiten mit den Pankreaszysten auf, doch gelingt es wohl bei sorgfältigem Wägen der differentialdiagnostischen Momente die Diagnose auseinanderzuhalten. Zu diesen Merkmalen gehören in der Echinokokkusflüssigkeit in chemischer Beziehung der Mangel an Eiweiss und der wenn auch nur in Spuren vorhandene Gehalt an Bernsteinsäure und Zucker, sowie an Formelementen: die in der Flüssigkeit umherschwimmenden Cuticulafetzen, die Scolices und die Häckchen, welche der Geschwulst ein typisches Gepräge verleihen. Die Probepunktion darf schon wegen der Infektionsgefahr erst nach stattgehabter Laparotomie und auch dann nur unter besondern Kautelen ausgeführt werden. Die Behandlung kann nur eine operative sein. Die Prognose gestaltet sich beim Pankreas nicht so günstig wie bei der Leber; sie wird wegen des Fermentreichtums der Bauchspeicheldrüse und der durch den Pankreassaft herbeigeführten sekundären Krankheitserscheinungen, wie Pankreashämorrhagie etc. leicht getrübt. Es verdient die Totalexstirpation der Geschwulst vor den Incisionsmethoden unzweifelhaft den Vorzug, da letztere keine genügende Garantie dafür bieten, dass der Echinokokkussack vollständig verödet und nicht etwa noch Brutkapseln mit Scolices etc. zurückbleiben. Die Punktion ist als Heilungsverfahren gänzlich zu verwerfen. Die älteste Beobachtung eines Pankreas-Echinokokkus stammt von Chambon de Montaux aus dem Jahre 1789. Dieser, wie auch die Fälle von Portal (1803), Engel (1840), Seidel (1864) und Masseron (1881) wurden erst bei der Obduktion nachgewiesen. In 3 Fällen aus der neueren Zeit wurde operativ vorgegangen; es sind folgende:

Fall Briggs, St. Louis 1890. Multiloculäre Echinokokkuszyste des Pankreas. Sekundäre sarkomatöse Degeneration der Wandung. Operative Entfernung nebst Amputation der Cauda pankreatis. Heilung.

Fall Bobrow, Moskau 1897. Trauma, Pankreasblutung Uniloculäre Echinokokkusgeschwulst des Pankreaskopfes. Totalexstirpation. Heilung.

Fall Peričič und v. Lalič. Šibenik in Dalmatien 1897. Echinokokkus des Pankreaskopfes. Zweizeitige Operation. Tod.

(Autoreferat).

Diskussion:

Prof. Dehio fragt, ob auch die Leberechinokokken nur durch die Totalexstirpation radikal geheilt werden können.

Truhart: Durch die Incision erreicht man nur bei oberflächlich gelegenen Blasen einen Erfolg, will man aber sicher gehen, so schreite man in jedem Falle zur Totalexstirpation.

Meyer: Im Falle Briggs setzte die Erkrankung an Echinokokkus mit einer stürmischen Attacke ein. Dieser Fall scheint daher die Verallgemeinerung des Satzes, dass die Echinokokkuserkrankung latent einsetze, in differentialdiagnostischer Hinsicht in Frage zu stellen. Die sarkomatöse Degeneration könne wohl kaum auf die Wand des Echinokokkussackes bezogen werden. Die differentialdiagnostischen Symptome zwischen Pankreaszyste und Pankreasechinokokkus können wohl nur post laparotomiam festgestellt werden. Betreffend die Operation, scheint die Operation einer Echinokokkuszyste des Pankreas in 2 Zeiten der weit gefährlicheren Totalexstirpation vorzuziehen zu sein, wenn die vordere Kuppe der Zyste nicht mehr von Pankreasgewebe bedeckt ist. Die Verödung der eröffneten Zyste lässt nach Analogie der Erfahrungen bei Leberechinokokken mit Sicherheit Schrumpfung der Zyste erwarten. Die Totalexstirpation ist hingegen als der weit gefährlichere Eingriff anzusehen, zu welchem nur im Notfall geschritten werden soll. Die Gefahren der Folgeerscheinungen nach zweizeitiger Operation der Pankreascysten scheinen bei Echinokokkuszysten ausgeschlossen.

Truhart: Der Briggs'sche Fall ist nicht ganz rein, da die Ausführungen nicht präzise genug sind. Was die stürmischen Erscheinungen betrifft, so können bei der geringen Grösse des Echinokokkuswurmes solche nicht vorkommen. In der Literatur finden sich im ganzen 48 Fälle von Sarkom des Pankreas. Die Totalexstirpation ist die ideale Operation nicht nur bei Echinokokkuszysten, sondern auch bei allen Pankreaszysten. Bei einzeitiger oder zweizeitiger Operation kann der Tod durch Pankreasblutung erfolgen.

Meyer: Der grossen Gefahr durch die Totalexstirpation entgeht man nur durch die zweizeitige Operation, die nur etwa eine Bauchhernie nach sich ziehen kann. Eine längere Nachbehandlung ist der grossen Gefahr der Radikaloperation vorzuziehen.

Truhart: Kurz vor der Operation ist eine Probepunktion zulässig. Resektion und Amputation von Pankreasteilen ist auch oft erforderlich.

Dehio: Finden sich die Zysten und Echinokokkusblasen des Pankreas häufiger unter- oder oberhalb des Magens?

Truhart: Der Sitz der Zysten ist häufig an der Cauda, doch finden sie sich auch an der ventralen Fläche, weil die Bauchwand ihrem Wachstum den geringsten Widerstand entgegensetzt. Doch auch an der hinteren Fläche kommen die Zysten vor und wachsen auch über die kleine Kurvatur des Magens hinauf, meist aber zwischen Magen und Colon transversum.

Sitzung vom 11. Mai 1905.

A. Lezius hält seinen angekündigten Vortrag über «die ersten sicheren Schwangerschaftssymptome».

Vortragender bespricht an der Hand der neueren Literatur (Piscacek, Braun, Noble) die Halbfluktuation des Uterus, das Hegarsche Zeichen, die Kontraktionen des Corpus uteri während der bimanuellen Untersuchung. Ferner bespricht Ref. die am unteren Teile des geschwängerten Uterus sich hervorhebende transversal verlaufende Falte (Dickinson) und die neuen Untersuchungen, die ein Hörbarwerden der fötalen Herztöne von der 10.—12. Woche ab konstatiert haben wollen.

Diskussion:

Meyer: Eine absolut sichere Schwangerschaftsdiagnose vor der 7.—8. Woche zu stellen, ist unmöglich. Hegar verwirft die sogenannten Ausladungen des Uterus nach Piscacek.

Was das frühe Hörbarwerden der fötalen Herztöne betrifft, so sind dabei Gehörstäuschungen nur allzuleicht möglich, Phonendoskop und Stethoskop geben unsichere Resultate, nur das aufgelegte Ohr giebt die Entscheidung. Vor dem Ende des 4. Monats sind die fötalen Herztöne nicht sicher zu hören.

Terrepson: Das Phonendoskop ist dadurch schon für diese subtile Auskultation nicht brauchbar, weil die Schläuche starke Nebengeräusche ergeben.

Weiter beteiligen sich noch an der Diskussion die Herren Lezius, Ströhmberg und Pfaff.

Vorsitzender: Ströhmberg.
Sekretär: A. Lezius.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Professor Dr. Ernst v. Bergmann ist aus Anlass des Geburtstages des deutschen Kaisers als Mitglied ins Preussische Herrenhaus berufen worden.

— Der Chef des Sanitätswesens der Lehranstalten im Departement der Volksaufklärung, Prof. ord. des St. Petersburger weiblichen medizinischen Instituts und beratendes Mitglied des Medizinalrats, Dr. Chlopin, ist zum Professor auf dem neuerrichteten Lehrstuhl der Hygiene und allg. Bakteriologie am klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna ernannt worden, unter Belassung in den bisher von ihm bekleideten Aemtern.

— Der jüngere Assistent des klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna, Dr. Korolko, ist zum Konsultanten dieses Instituts für innere Krankheiten ernannt worden.

— Ordensverleihungen für Auszeichnung in den Kämpfen gegen die Japaner:

Der St. Wladimirorden II. Klasse mit Schwertern — dem Feld-Militär-Medizinalinspektor der 2. Mandschurischen Armee Dr. Wl. Scholkowski, unter gleichzeitiger Beförderung zum Geheimrat.

Der St. Annenorden I. Klasse — den Feld-Militär-Medizinalinspektoren Dr. Alexander Jewdokimow, von der 3. Mandschurischen Armee, und Dr. Wl. Bystrow, von der Nachhut der Mandschurischen Armeen.

Der St. Annenorden I. Klasse mit Schwertern — dem Korpsarzt des 10. Armeekorps Dr. Stephan Radecki.

— Von den aus Riga einberufenen Aerzten kehren, wie das «Rig. Tagebl.» mitteilt, die DDr. P. Bergengrün, Baron Roderich Engelhardt und Weidenbaum auf dem Seewege über Indien aus dem Fernen Osten zurück.

— Der Oberarzt des Militärhospitals in Grosny Dr. Sleshanowski ist krankheitshalber mit Uniform und Pension verabschiedet worden.

— Magistrat und Bürgerschaft von Hamburg haben definitiv beschlossen, den zurzeit zum Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg entsandten Privatdozenten Dr. Schaudinn vom Reichsgesundheitsamt in Berlin als wissenschaftlichen Leiter der Abteilung für Zoologie in den Hamburgischen Staatsdienst zu übernehmen und für Vergrösserung des Instituts für Schiffs- und Tropenkrankheiten den Betrag von 57.000 Mark anzuweisen.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 11. Januar zu Libau der Assistenzarzt des dortigen Stadtkrankenhauses Dr. Bernhard Giebert im 29. Lebensjahre nach kurzer praktischer Tätigkeit. 2) In Odessa der städtische Sanitätsarzt Dr. Johann Kostewitsch im Alter von 45 Jahren. Der Verstorbene, welcher seit 20 Jahren die ärztliche Praxis ausübte, war auch Arzt an den Stadtschulen. 3) In Troki (Gouv. Wilna) der dortige Stadtarzt Dr. Alfred Trey im 57. Lebensjahre. Seine ärztliche Tätigkeit hatte er i. J. 1875 begonnen. 4) Am 8./21. Januar in München der bekannte Gynäkologe, Universitätsprofessor Dr. Joseph Amann im Alter von 73 Jahren an einer Lungenentzündung. Er war ein geborener Niederbayer und hatte unter Scanzoni, dessen Assistent er eine Zeitlang war, seine wissenschaftliche Ausbildung erhalten. Seit dem Jahre 1861 war er in München, wo er eine ausgebreitete ärztliche Praxis ausübte, für das Fach der Gynäkologie habilitiert, seit 1868 Vorstand der Poliklinik und seit 1884 Leiter der gynäkologischen Klinik im Allgemeinen Krankenhause. In der letztgenannten Stellung wirkte er über 15 Jahre lang, bis zunehmende Kränklichkeit ihn an der Ausübung seines Berufes hinderte. Amann hat in seiner langjährigen akademischen und praktischen Wirksamkeit eine grosse Reihe von Frauenärzten herangebildet und war von seinen Schülern wie von seinen Patienten wegen seines leutseligen Charakters und seiner grossen Herzensgüte hochgeschätzt. Als wissenschaftlicher Schriftsteller ist er mit einer Reihe von weitverbreiteten Schriften und wichtigen Abhandlungen hervorgetreten; besonders bekannt ist sein in mehrere Sprachen übersetztes, 1876 erschienenes Werk «Klinik der Wochenbettkrankheiten» geworden. 5) In Breslau der bekannte Chirurg, Prof. extraord. an der dortigen Universität und dirigierender Arzt des St. Joseph Krankenhauses Dr. J. Kolaczek im Alter von 63 Jahren.

— Der ehemalige Oberarzt des Kronstädter Marinehospitals und Chef des Sanitätswesens des Kronstädter Hafens, Dr. Frommhold Hohlbeck, dessen am 6. Januar erfolgtes Hinscheiden wir in der vorigen Nr. meldeten, war am 8. September 1836 zu Dorpat geboren, besuchte das dortige Gymnasium und widmete sich dann von 1855—1860 dem Studium der Medizin in seiner Vaterstadt, wo er der Landsmannschaft Livonia angehörte. Nach Erlangung der Doktorwürde trat er in den Marinedienst als Arzt der 1. Flotteneqnipage des Grossadmirals und war dann successive Flottenarzt im Stillen Ozean, Ordinator und Gehülfe des Oberarztes am Marinehospital in Kronstadt. Im Jahre 1865 wurde er zum Oberarzt des Kronstädter Hafens und zugleich zum Chefarzt der Medizinalabteilung des Hafens ernannt, welche Stellungen er bis zum Anfang der 90-er Jahre inne hatte. Nach seiner Verabschiedung lebte er anfangs in Kronstadt, zuletzt in St. Petersburg. Der Hingeschiedene galt als ein peinlich gewissenhafter und wissenschaftlich tüchtiger Arzt und erfreute sich grosser Beliebtheit bei den Kollegen und seinen Untergebenen.

Von Universitäten, med. Instituten u. Kongressen.

— Endlich ist der Lehrstuhl Prof. Nothnagels besetzt. Prof. Dr. v. Noorden, Direktor des städtischen Krankenhauses in Frankfurt a. M., hat nach mehrtägigen persönlichen Verhandlungen mit dem österreichischen Unterrichtsminister seine Berufung an die Wiener Universität auf den Lehrstuhl der inneren Medizin und als Leiter der zweiten internen Klinik im Wiener allgemeinen Krankenhause angenommen.

— Auf den durch Rücktritt des Professors für Kinderkrankheiten und Vorstandes der Kinderklinik in München Dr. v. Ranke erledigten Lehrstuhl ist der Direktor der Breslauer Kinderklinik, Prof. Dr. Czerny, berufen worden.

— Der Direktor der Ohrenklinik in Giessen Prof. Dr. Ernst Leutert hat einen Ruf als Direktor der Poliklinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten von der Universität Königsberg erhalten. Er soll dort den von amtlichen Verpflichtungen entbundenen Prof. Dr. Emil Berthold ersetzen.

— Am 14. Januar sind in der staatlichen Prüfungskommission bei der militär-medizinischen Akademie die Examina zur Erlangung des Arztgrades, welche im Oktober 1905 begannen, beendigt worden. Während im Mai 1905 nur 7 Studenten in der Prüfungskommission den Arztgrad erlangten, hatten sich jetzt 49 Personen den Prüfungen unterzogen, und zwar 28 Stipendiaten des Militärressorts, 5 Stipendiaten des Marineressorts, 8 Privatstipendiaten und 8 auf eigene Kosten studierende. Diejenigen Studenten, welche in wenigstens der Hälfte der Prüfungsfächer eine sehr befriedigende Zensur erlangt haben, erhalten das Arztdiplom mit Auszeichnung (medicus eximia cum laude) und haben das Vorrecht bei der Wahl der vakanten Arztstellen im Militär- und Marineressort.

Standesangelegenheiten.

— Ein grosser Mangel an Landschaftsärzten macht sich infolge der Ausweisungen und Massenverhaftungen unter dem Arztpersonal der Landschaften geltend. Bis jetzt sind, der «Deutsch. M. Ztg.» zufolge, 23 Landschaftsärzte in der Umgegend Moskaus verhaftet worden. Kürzlich fand in dieser Angelegenheit im Gouvernements-Landschaftsamt eine Versammlung der Landschaftsärzte statt. Auf derselben wurde beschlossen, die frei gewordenen Stellen von Rayonärzten vorderhand nicht zu besetzen, da es schwer halten würde, für eine völlig unbestimmte Frist Vertreter zu finden, und da die Stimmung unter der Landbevölkerung eine derartige ist, dass es für Leute, die mit den Dorfbewohnern nicht vertraut sind, nicht ungefährlich wäre, jetzt auf dem Lande zu arbeiten.

Das Klinsche Landschaftsamt (Gouv. Moskau) erhielt die Mitteilung, dass binnen kurzem die verhafteten Landschaftsärzte Lourier, Renno, die Feldscherin Popowa u. a. aus dem Gefängnis entlassen, jedoch nicht in ihren früheren Wirkungskreis zugelassen, sondern aus dem Gouvernement Moskau verwiesen werden.

Aber nicht nur im Moskauschen Gouvernement, sondern auch in vielen anderen Gegenden des Reiches sind, wie wir bereits berichtet haben und auch heute wieder mitteilen müssen, zahlreiche Aerzte wegen Beteiligung an politischen Umtrieben arretiert oder aus ihrem Wohnort ausgewiesen worden. So wurden am 5. und 6. Januar in Reval die Aerzte (estnischer Nationalität) Köhler, Arzt am Kameralhof, Masing, städtischer Sanitätsarzt und Lüüs verhaftet und ins Gouvernementsgefängnis abgeführt, weil sie zu den Revaler Mitgliedern des Rates der temporären Regierung» gehörten. — In St. Petersburg sind Dr. D. M. Herzenstein, Redakteur der Zeitung «Nasch Golos» und der Jaroslawer Arzt Dr. N. Plaksin arretiert worden, im Gouv. Jaroslaw der Eisenbahnarzt S. G. Taliew und 2 Fabrikärzte A. E. Ssobolew und Sokolowski. — Das Peterhofer Kreislandschaftsamt hat die Landschaftsärzte E. W. Gomello und L. A. Jegunow entlassen, weil sie unerlaubte Versammlungen der Bauern veranstaltet haben; aus demselben Grunde ist auch die Aerztin N. O. Ott in diesem Kreise arretiert worden. — In Wilna ist der Ordinator des Bezirksirrenhauses Dr. J. W. Aptekman, in Minsk — Dr. S. Kaminski, in Saratow — Dr. A. Usemblo verhaftet worden. — In Woronesh sind 3 Landschaftsärzte gefänglich eingezogen worden und im Kirchdorfe Kemzy (Gouv. Nowgorod) ist der Leiter des dortigen Landschaftskrankenhauses I. I. Kalikinski, ein ehemaliger Student der Dorpater Universität, von der Landschaft entlassen und auf Anordnung des Gouverneurs ins Waldaische Gefängniss abgeführt worden.

— Dem Oberarzt der hiesigen Irrenanstalt des heiligen Nikolaus des Wundertäters Dr. Reformatski sind zahlreiche Sympathiekundgebungen seitens ärztlicher Vereine, med. Institute u. a. zuteil geworden und es laufen noch immer weitere Kundgebungen täglich ein. — Obschon in der Irrenanstalt jetzt Ruhe herrscht, so sind an den Ausgängen und in den Korridoren noch immer Soldaten postiert.

Epidemiologisches.

— Von der Verwaltung des Ober-Medizinalinspektors wird zur öffentlichen Kenntnis gebracht, dass im Hinblick darauf, dass die Pest in Seistan sich in der Richtung nach Süden ausbreitet und dass das Gerücht vom Auftreten der Pest in Chorassan sich nicht bestätigt hat, vom Minister des Innern die angeordnete Schliessung der Grenze des Transkaspigebietes mit Persien und Errichtung von ärztlichen Beobachtungsposten an der Grenze inhibiert worden ist.

Verschiedene Mitteilungen.

— Das österreichische Ministerium des Innern hat, wie das «Neue Wiener Tageblatt» mitteilt, an alle politischen Landesbehörden einen Erlass gerichtet, in dem die Verzeichnung der Namen der bei chirurgischen Operationen beschäftigten Aerzte und Hilfspersonen in den Krankengeschichten angeordnet wird. In dem Erlasse wird auf einen Todesfall hingewiesen, der sich in einem Wiener Krankenhause ereignete und der darauf zurückzuführen ist, dass bei einer an der Kranken einige Zeit vorher in einer Privatheilanstalt in Wien vollzogenen Operation eine Kompresse in der Bauchhöhle zurückgelassen wurde. Das eingeleitete Strafverfahren musste eingestellt werden, weil sich nicht mehr feststellen liess, wer bei dieser Operation als verantwortlicher Arzt oder sonst in einer Nebentätigkeit verantwortungsvoll beschäftigt gewesen war. Um nun solchen Vorkommnissen in Zukunft vorzubeugen, sollen die Namen aller bei Operationen mitwirkenden Personen aufgezeichnet werden.

— Ein allrussischer Kongress von Delegierten der pharmazeutischen Gesellschaften wurde am 18. Januar hier eröffnet. Die Sitzungen sind nicht öffentlich.

— Hohe Schulgebäude und Herzfehler. Auf einen schulhygienischen Missstand eigener Art lenkt ein Charlottenburger Arzt, Dr. Feilchenfeld, in der Deutschen medizinischen Wochenschrift die öffentliche Aufmerksamkeit. Um den Raum auszunutzen, werden die mordernen Schulbauten von einer Höhe gebaut, die weit über das zulässige Mass hinausgeht. Die Klassenräume gehen oftmals fünf Etagen hindurch. Um die erforderlichen Licht- und Luftmengen zu schaffen, sind die einzelnen Stockwerke sehr hoch, so dass eine beträchtliche Anzahl von Stufen bis zu den Klassen hinaufführt. Da in den Grossstädten der Unterricht zumeist auf den Vormittag beschränkt ist, liegen fünf bis sechs Schulstunden täglich unmittelbar hintereinander. In jeder Pause müssen die Kinder auf den Hof; mithin haben sie diese fünf Treppen innerhalb der Schulzeit sechs- bis siebenmal hinauf- und hinunterzuklettern. Einzelne Pausen dauern zudem nur zehn Minuten, so dass es den Schülern zuweilen schwer fällt, rechtzeitig zu Beginn des Unterrichts an ihrem Platze zu sein, und sie daher die Treppen hinauf laufen müssen. Hierzu kommt, dass sie wenigstens einmal am Tage die fünf hohen Treppen mit einer schweren Schulmappe zurückzulegen haben. Dr. F. meint daher: Wenn man jetzt so häufig in Berlin Kinder sehe mit beschleunigter und unregelmässiger Herztätigkeit, so sei wohl auch auf diesen Umstand als Ursache zu achten.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 7. Jan. d. J. 11029 (284 mehr als in d. Vorw.), darunter 1034 Typhus — (106 mehr), 1006 Syphilis — (54 mehr), 435 Scharlach — (24 mehr) 176 Diphtherie — (19 mehr), 76 Masern — (6 wen.) und 20 Pockenkranke — (12 wen. als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 1. bis zum 7. Jan. d. J. im ganzen 857 (499 M., 358 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 1, Typh. abd. 23, Febris recurrens 3, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 19, Scharlach 35, Diphtherie 39, Croup 0, Keuchhusten 1, Croupöse Lungenentzündung 37, Erysipelas 5, Grippe 4, Katarrhalische Lungenentzündung 63, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 2, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 14, Tuberkulose der Lungen 105, Tuberkulose anderer Organe 26, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 44, Marasmus senilis 36, Krankheiten des Verdauungskanals 84, Totgeborene 42.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 24. Jan. 1906.

Tagesordnung: Dr. Biel (Korresp. Mitgl.): Statistik der in 15 Jahren zur Untersuchung gelangten zuckerhaltigen Harne.

Westphalen: Ueber Antiperistaltik und Nährklysmen.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 13. Febr. 1906.

BERLINER DOCENTENVEREIN FÜR ÆRZTLICHE FERIENKURSE.

Der nächste Cyklus des Berliner Docentenvereins für ärztliche Ferienkurse beginnt am **1. März 1906** und dauert bis zum **28. März 1906.**
Das Lektionsverzeichnis versendet unentgeltlich und Auskunft erteilt Herr **Melzer** (Berlin), Ziegelstrasse 10/11 (Langenbeck-Haus).
(23) 1—1. Prof. Dr. **J. Hirschberg**, Geh. Med.-Rat, Vorsitzender.

NATÜRLICHE MINERALWÄSSER **VICHY** Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

Man hüte sich vor Nachahmungen und bezeichne genau die Quelle.

VICHY CÉLESTINS — Nieren-, Harnblasen-, Magen-Krankheiten.

VICHY GRANDE GRILLE — Leber- und Gallenblasen-Krankheiten.

VICHY HOPITAL — Krankheiten der Verdauungs-Organe, des Magens und der Därme. (6) 18—6.

Duotal **Duotal „Heyden“**, geruch- und geschmackloses Guajakol-Präparat, enthält über 90% gebundenes, im Körper sich abspaltendes Guajakol, das ist etwa noch einmal so viel, als alle anderen dem Duotal nachgebildeten Präparate enthalten. Ohne jegliche Aetz- und Giftwirkung; wird selbst von den empfindlichsten Patienten gern genommen und gut vertragen. Vorzügliches Mittel gegen **Lungen-Tuberkulose** und **chronische Katarrhe der Atmungsorgane. Darmantiseptikum** bei **Typhus** und **Enteritis.**

Xeroform **Bester Ersatz für Jodoform.** Beim Gebrauch so gut wie geruchlos, nicht reizend, kein Ekzem erzeugend, absolut ungiftig. Eminent austrocknend und sekretionsbeschränkend, blut- und schmerzstillend. **Schnellst wirkendes Ueberhäutungsmittel.** Desodorisiert selbst jauchige Sekrete und reduziert die Eiterproduktion auffallend schnell. Hervorragend geeignet für **Dauer-** und **Trockenverband. Spezifikum bei nässenden Ekzemen, Intertrigo, Ulcus cruris, Verbrennungen.**

Proben und Literatur durch
Chemische Fabrik v. Heyden, Radebeul-Dresden,
oder deren Vertreter:
R. Crottet, St. Petersburg, W. O., Sredny Prosp., 8.

«Eine durch den Tod erledigte
Assistentenarztstelle
ist sofort zu besetzen. 60 Rbl. monatlich bei freier Station und Beköstigung.
Verwaltung des Libauschen Stadt-Krankenhauses.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau L. A. Bogoslowskaja, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.
Frau Gülzen, W. O., 17 Linie, Haus № 16 Qu. 18.
Sophie Nafthal. Вас. остр. Тучковъ пер 7, кв. 5.
Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.
Maximilianowsky Pereulok, 11.
verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.
Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.
Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags von 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

SPEZIALPRÄPARATE MARKE „ROCHE“

Airol *Digalen* *Thiocol* *Thiocol-tabletten*

Sirolin
die idealste Form der Guajacol-Therapie.
Wohlriechender, angenehm schmeck. Sirup.
Tuberkulose, Keuchhusten, allgem. Schwächezustände, Skrophulose, Influenza.
Warnung! Sirolin ist nur echt, wenn jede Flasche mit unserer Firma versehen ist.

Protylin
Phosphoreiweiss m. 2,6% entgift. Phosphor.
Leicht resorbierb., völl. unschädl. f. d. Darmtrakt. Neurosen, Hysterie, senil. Marasmus, Cachexie.
Eisen-Protylin (Eisengeh. 2,3%), b. **Chlorosen** u. **Anaemie.**
Brom-Protylin (Bromgehalt 4% org. geb.), bei **Neurosen.**
Originalpackungen von 25, 50, 100, 250 gr. und **Tabletten** à 0,25 gr. in Cartons à 100 Stück.

Asterol *Arsylin* *Thigenol* *Sulfosot-sirup*

Muster und Literatur zur Verfügung.

F. HOFFMANN-LA ROCHE & C^IE, BASEL (SCHWEIZ), GRENZACH (BADEN)

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio.
Dorpat

Dr. Johannes Krannhals.
Riga.

Dr. Rudolf Wanach.
St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petb., W. O., 4 Linie, 5 zu richten. Sprechstunden tägl. ausser Mittwoch u. Sonntag v. 4—6 U. Telephon 20557.

№ 4 St. Petersburg, den 28. Januar (10. Februar). **1906.**

Ueber den gegenwärtigen Stand der Schädellehre.

(Vortrag, gehalten auf dem XVII. Aerztetage der Gesellschaft Livländischer Aerzte in Arensburg 1905.)

Von

Dr. Albert Behr.

Bekanntlich lehrte Gall als einer der ersten, dass die Hemisphären des Gehirns die Träger des psychischen Lebens darstellen und dass der Unterschied des Kulturmenschen von den Tieren wesentlich in der grösseren quantitativen Entwickelung der Hemisphären gegenüber der anderen Hirnmasse zu suchen sei. Weiter folgerte Gall, dass die Schädelwölbung mit der Entwickelung der Hemisphären aufsteigend vom Tierreich zum Menschen Schritt halte, dass der topischen Entwickelung eines jeden Abschnittes der Schädelknochen eine topische Entwickelung eines zugehörigen Hirnteiles entspreche und dass jedem Teile des Gehirnes eine lokale spezifische Funktion zukomme.

Nach der Gall'schen Lehre musste man annehmen, dass die Gestalt des Schädels sich nach der Gestalt des Gehirnes forme und keineswegs umgekehrt: Der Schädel bildet so zu sagen das Relief des Gehirnes und es lassen sich an demselben die einzelnen Gehirnteile abtasten und ablesen. Kenne man die Funktion der betreffenden Gehirnabschnitte, so könne man aus der äusseren Konfiguration des Schädels die betreffenden Gehirnfunktionen erkennen und bestimmen. Diese Sätze bilden den Kern der Phrenologie und das Studium des Schädels von solchen Gesichtspunkten aus führte zu den merkwürdigsten Schlüssen und Behauptungen. Gall suchte nicht nur die physiologischen Eigenschaften des Gehirnes zu erforschen, sondern in der Hauptsache galt es psychologische Funktionen zu ergründen und eine exakte Psychologie auf der Basis der Kranioskopie zu errichten.

Die Phrenologie anerkennt das Gehirn als Organ des Geistes und die einzelnen Gehirnteile als die Organe gewisser Grundkräfte oder Einzelkräfte des Geistes. Die Grundkräfte haben ihren Sitz im Vorderhirn, im Mittelhirn und Hinterhirn. Die Grundkräfte zerfallen in «niedere» oder «tierische» Sinne (Nutrital, Generatal, Infantal etc. . . . . .), in «Gemütssinne» (Isoptal, Ambital, Firmital etc. . . . . .) und in «Verstandessinne» (Fermitel, Amplital etc.). Das Hauptbestreben des Phrenologen ist darauf gerichtet, aus der äusseren Gestalt des Schädels und der verschiedenen Ausbildung der einzelnen Schädelteile, «der phrenologischen Buckel», den Charakter und die individuelle Veranlagung seines Trägers zu erschliessen und zu bestimmen. Gall selbst schreibt an einer Stelle seines Werkes: «ich mutmasste anfangs, was ich bald zur Gewissheit brachte, dass die Verschiedenheiten der Kopfgestalten durch die verschiedene Gestalt des Gehirnes veranlasst wird, und dass die verschiedenen Teile des Gehirnes die verschiedenen Organe der menschlichen Fähigkeiten sind».

Trägt man die Grundkräfte des Geistes und die Organe desselben auf die Oberfläche eines Schädels topographisch auf, so besitzt ein jeder die Möglichkeit an der Hand eines solchen Schemas, des sogenannten, «phrenologischen Kopfes», die Individualität und den Charakter des zu Untersuchenden festzustellen. (Demonstration eines phrenologischen Kopfes mit den eingezeichneten Grundkräften.)

Diese Lehre wurde bekämpft, verspottet und stiess auf den heftigsten Widerstand. Man befürchtete die phrenologische Denkweise verbreite den Materialismus, und eine lokalisierte auf der Kranioskopie aufgebaute Psychologie müsse notwendigerweise den Seelenglauben zerstören. Alle Kreise, sowohl Theologen als auch Naturforscher, waren in der Verurteilung Gall's einig. Bekannt ist das ablehnende Urteil über die Schädellehre von Hyrtl und ein Psychiater von der Bedeutung eines Conrad Rieger sieht in Gall einen «halbblödsinnigen Schwindler» und «Lügner».

Die Stimmen einzelner Forscher, welche der Gall'schen Lehre einen tieferen Gehalt beilegten und dieselbe vorurteilslos prüften, verhallten ungehört. Ohne zu übertreiben, darf man behaupten, dass die Ungeheuerlichkeiten und Auswüchse, welche die Phrenologie mit sich führte, ihr Ansehen derart schädigte, dass dieselbe fast ein Jahrhundert hindurch eigentlich nur in den Niederungen der Wissenschaft blüte. In den Kreisen der exakten Wissenschaft war die Phrenologie allmählich so gut wie vergessen. Ja man ging so weit, dass man der Lehre Galls nicht nur jede wissenschaftliche Berechtigung absprach, sondern auch die theoretische Möglichkeit der Fragestellung, ob den äusseren sichtbaren Schädelabschnitten bestimmte zugehörige Hirnteile entsprechen, völlig in Zweifel stellte. Im Brockhaus'schen Konversationslexikon aus dem Jahre 1886 findet sich folgende Bemerkung: «Am wenigsten steht der Satz fest, dass gewisse Schädelerhöhungen bestimmten geistigen Anlagen entsprechen, schon um deswillen nicht, weil die äusseren Schädelkontouren den inneren Hirnkontouren durchaus nicht entsprechen».

Die Zeitströmung in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts war allen Bestrebungen, welche auf Schaffung einer wissenschaftlichen Kranioskopie ausgingen, ungünstig und das Suchen nach einer «Symbolik» der Gestalt, einer «Symbolik» des Schädels, um einen Ausdruck von Carus zu gebrauchen, galt als Schwarmgeisterei oder als phantastisches Bemühen unproduktiver Köpfe. Man vergleiche beispielsweise das Urteil Wunderlich's in seiner Geschichte der Medizin (1859): «Auch die Kranioskopie hat nicht aufgehört bis in unsere Tage ihre teils in der Stille und Einsamkeit grübelnden, teils herumziehenden und lärmmachenden Lobpreiser sich zu erhalten». Ungeachtet aller kritischen Widersprüche drängten aber immer wieder von neuem anthropologische Beobachtungen, das Studium des Geisteskranken und der Kriminellen zu einer Betrachtung des Schädels und immer wieder wurde man sich der Tatsache bewusst, dass in vielen, in sehr vielen Fällen der äussere Schädel den inneren Abweichungen entsprach und äussere Verbildungen charakteristisch erschienen für innere Abweichung und krankhafte Anlage. Es konnte daher nicht ausbleiben, dass einzelne Forscher die Kranioskopie neu bearbeiteten und die Fragestellung, welche schon Gall beschäftigt hatte, wiederum aufgerollt wurde. Die landläufige Phrenologie war falsch, das unterlag ja keinem Zweifel, aber die Frage blieb noch immer offen, ob dem äusseren Schädel bestimmte Hirnpartien entsprechen oder nicht.

Benedikt war es, der in den 80er Jahren des abgelaufenen Jahrhunderts die Kraniometrie und die Kranioskopie neu belebte und schöpferisch bearbeitete.

Benedikt wurde auch Gall gerecht und entgegen dem lauten Chorus von Kritikern und Verkleinerern Gall's stellte er ihn in die Reihe der grössten Forscher aller Zeiten, auf eine Stufe mit Bacon von Verulam, Newton und a. m. (vergl. vor allem Kraniometrie und Kephalometrie, Wien 1888, ferner anatomische Studien an Verbrechergehirnen 1879). Die Studien Benedikts blieben unbeachtet und erregten vornehmes Ablehnen, wenn nicht gar mitleidiges Achselzucken.

Allem Anscheine nach war die Phrenologie und die mit ihr eng zusammenhängende Kranioskopie und Kephalometrie endgiltig erledigt und kaum wert einer Diskussion, da erschien im Jahre 1900 das Buch von Möbius: Ueber die Anlage zur Mathematik. Möbius hatte im Verlaufe seiner Studien «zufällig», wie er sich ausdrückte, die Schriften Gall's kennen gelernt und wie es einem gewissenhaften Forscher ziemt, sich nicht damit begnügt die hergebrachten Urteile über die Phrenologie nachzuschreiben, sondern er hielt es der Mühe wert, vorurteilslos nachzuprüfen und nachzuforschen. Jemehr sich Möbius in die Gall'sche Lehre vertiefte, um so mehr musste er «mit Erstaunen» wahrnehmen, welche reichen Schätze «unbenutzt» dalagen und nur darauf harrten, gehoben zu werden.

Freilich das Vorurteil gegen Gall und seine Lehre war so gross, die alte Abneigung gegen alles, was Phrenologie hiess, so stark, dass das Buch von Möbius wiederum den Anlass gab zu einer heftigen leidenschaftlichen Polemik. Der Rufer im Streit war Conrad Rieger. In lapidarer Weise bekämpfte er das Wiedererwachen der Phrenologie und die Lehren Gall's (cf. Rieger: Die Kastration, Jena 1900). Obwohl Möbius im Grunde genommen unzweifelhaft Recht hatte, so ist doch nicht zu läugnen, dass seinen Ausführungen über die Gall'sche Lehre etwas Dilettantenhaftes, Feuilletonistisches anhaftet. Dagegen ist die Streitschrift Rieger's eine kritische Arbeit ersten Ranges und wenngleich dieselbe, wie wir noch weiter im Verlaufe dieser Skizze sehen werden, im Kern ihrer Auseinandersetzungen entschieden verfehlt ist, so besitzt sie doch hervorragenden Wert.

Die Frage der Phrenologie war durch diese Polemik wiederum in Fluss geraten und nicht mehr aufzuhalten. Die Lehre Galls trat in eine neue Phase und die Wiedererneuerung der Phrenologie war nur eine Frage der Zeit. Wir beobachten bei der Phrenologie einen ähnlichen Werdegang wie beim Mesmerismus. Was wurde nicht alles über den sogenannten «tierischen Magnetismus» gefabelt und gefaselt, bis endlich die klare und geläufige Vorstellung von der Suggestion erkannt wurde und ein geläuterter Mesmerismus heute zum Gemeingut aller Gebildeten geworden ist. Eine Lehre darf nicht nur nach ihren Auswüchsen und Irrtümern beurteilt werden, sondern in der Hauptsache nach den Fragen, welche sie aufwirft. Beispielsweise der Darwinismus! Sehen wir nicht vor unseren Augen, wie diese Lehre abbröckelt, und doch hat sie eine dauernde Bedeutung durch die nachhaltige Bewegung und Anregung, welche sie schuf.

Endlich, nach langen Jahren wurden die Anatomen auf dieses anscheinend abgetane, entlegene Gebiet wieder aufmerksam und Prof. Schwalbe in Strassburg, welchem die wissenschaftliche Anthropologie und die Lehre von den Degenerationszeichen schon so manche Förderung verdankte, widmete sich diesem Gegenstande. Schwalbe stellte sich die ganz bestimmte Frage, ob überhaupt am Schädel des Menschen Stellen aufgefunden werden könnten, an denen das Relief der Aussenfläche dem der Innenfläche entsprach. Bevor nicht diese Grundfrage entschieden, wäre es unmöglich die Sekundärfrage zu beantworten, ob der Aussenfläche des Schädels bei Individuen mit besonders hervorragenden spezifischen Begabungen spezifische Merkmale anhaften (cf. Schwalbe: Ueber die Beziehungen zwischen Innenform und Aussenform des Schädels. Deutsch. Arch. f. klin. Mediz. Bd. 73). Der Fehler der Phrenologen bestand darin, dass sie,

ohne diese erwähnte prinzipielle Frage zu lösen, sich hauptsächlich mit dem Aufsuchen individueller Kennzeichen beschäftigten und dadurch der Phantasie Tür und Tor öffneten.

Selbst Möbius ist von diesem Vorwurf nicht frei zu sprechen und seine Schilderung der Lage des «mathematischen Organs» leidet infolgedessen an Ungenauigkeiten. (Das mathematische Organ besteht nach M. wesentlich in einer Wulstbildung an der Stirnecke durch Herausrücken des Proc. zygomat. oss. front. und einer Herabdrückung der äusseren Hälfte des oberen Lides.)

Man war bisher der Ansicht, eine Kongruenz der inneren und äusseren Oberfläche des Schädels sei auszuschliessen, denn an den muskulösen Abschnitten (Schläfen und Hinterhauptgegend) des Schädels könne von einer äusseren Ausprägung innerer Formverhältnisse gar keine Rede sein. Besonders nachdrücklich hatte Rieger diesen Satz vertreten (cf.: Ueber die Beziehungen der Schädellehre zur Physiologie, Psychiatrie und Ethnologie, Würzburg 1882).

Die herrschende Lehre in bezug auf die Bildung der Aussenfläche des Schädels war wesentlich eine mechanistische. Man überschätzte die Rolle der Muskeln und sah in den Wirkungen derselben den entscheidenden Faktor für die endgiltige Ausgestaltung und Modellierung des Schädels. Charakteristisch lauteten die Worte von Engel: «Nicht das Gehirn bildet sein Schädelgehäuse, sondern das Gehäuse entwickelt sich unter dem Einfluss einer mechanischen Notwendigkeit und das Gehirn schmiegt sich in die Schädelform» (zit. nach Rieger). Die Möglichkeit, dass innere Kräfte im Gehirn selbst bestimmend auf die Form der Schädelkapsel einwirken, passt nicht in die physiologische Denkweise und wurde a priori verworfen. «Das Charakteristische am Schädelbau entspringt Bedingungen, die der Hirnentwickelung an sich fremd sind. Unter den äusseren Einflüssen ist am konstantesten der Zug der Muskeln». (Rieger).

Indessen lehrt eine vorurteilslose Betrachtung des Schädels, dass mechanische Momente allein bei dem Aufbau desselben nicht massgebend sind. Der Muskelzug spielt eine sekundäre Rolle und das Bestimmende für die endgiltige Gestalt des Schädels liegt in «vorderhand noch sehr unnahbaren inneren Bedingungen» (Gudden), deren Kenntnis uns noch völlig abgeht. Es lässt sich im Gegensatz zur Theorie nachweisen, dass das Gehirn gerade an den Teilen des knöchernen Schädels, welcher am reichsten mit Muskeln besetzt ist, die Kapsel formt und dass der knöcherne Schädel sozusagen den Ausguss des Gehirns darstellt. Um diese Tatsache zu erfassen, ist es aber notwendig, die vergleichende Anatomie zu Rate zu ziehen und von vergleichenden Betrachtungen aus den äusseren Schädel des Menschen zu studieren. Vor allem sind es die Musteliden, marderartige Raubtiere, welche diese Verhältnisse erkennen lassen, alsdann gewisse Affenarten, z. B. die Halbaffen. Betrachtet man die Schädel eines Iltis, eines Raubmarders, eines Edelmarders, eines Hermelin, einer Fischotter, eines Dachses, eines Hundsaffen, so sieht man in der Schläfengegend völlig deutlich die vier Urwindungen des Gehirns, welche die Fossa Sylvii bogenförmig umziehen. Der knöcherne Schädel dieser Tiere stellt den schönsten und vollständigsten Gehirnausguss vor, den man sich vorstellen kann. Es sei noch erwähnt, dass diese Verhältnisse an dünnwandigen Schädeln deutlicher sichtbar sind als an dicken. (Demonstration zahlreicher Schädel aus der Mustelidengruppe und eines Kynoscephalus-Schädels). Ist es nicht merkwürdig und des Nachdenkens wert, dass ein Jahrhundert seit dem Auftreten Gall's vergehen musste, ehe eine so einfache Tatsache allgemein bekannt wurde! Selbst einem Spezialforscher, wie Hensel (cf. Kraniologische Studien an Musteliden, Schriften der Leopoldinischen Akademie), waren die geschilderten Schädelverhältnisse kaum aufgefallen und sein Text erwähnt die Ausgüsse der Urwindungen mit keiner Silbe. (Demonstration dieses Werkes.) Der Phrenologische Grundsatz, die Gestalt des Gehirns ist aus der äusseren Kopfgestalt zu erkennen (vergl. Scheve: Phrenologie, Leipzig 1896), hat sich, soweit die erwähnten Tiergruppen in Frage kommen, vollständig bewahrheitet und die mechanistische Theorie von Aufbau des äusseren Schädels ist in ihrer Verallgemeinerung jedenfalls nicht aufrecht zu erhalten.

Wenden wir uns, nach diesen Auseinandersetzungen, zu einer Betrachtung des menschlichen Schädels, so können wir auch beim Menschen in der Schläfengegend Protuberanzen und Furchungseinsenkungen erkennen, welche bestimmten Hirnwindungen entsprechen und korrespondieren. Diese Protuberanzen und Furchen bedeuten keineswegs ethnologische Merkmale, sondern sie finden sich bei allen Völkern und Rassen. Selbstredend spielen beim Menschen Varietäten eine grosse Rolle und an allen Schädeln lassen sich diese Verhältnisse nicht immer leicht nachweisen. Man findet im Gebiete der Fossa temporalis, im Stirnlappengebiet eine konvexe halbkugelförmige Auftreibung, die nach vorn zu durch den Sulcus postorbitalis von dem Jochbeinfortsatz des Stirnbeins getrennt ist. Diesen äusseren Buckel entspricht eine tiefe Impression, welche zur Aufnahme der dritten unteren Stirnwindung bestimmt ist, speziell der Pars triangularis oder opercularis. Dieser Buckel findet sich auf beiden Seiten und ist an dünnen Schädeln besonders deutlich wahrzunehmen. (Demonstration von Schädeln, welche die erwähnten Buckel und Protuberanzen aufweisen.) Betrachten wir die Squama des Schläfenbeines, so können wir ganz analog der dritten Stirnwindung die Schläfenwindungen auffinden und ihre äussere Ausprägung an leichten Erhebungen und tieferen Impressionen wahrnehmen. (Demonstration der Lage der 3 Schläfenwindungen.) Doch nicht nur im Gebiete des Schläfenteiles des Schädels lassen sich die Reliefs der zugehörigen Hirnpartien erkennen, sondern auch an der Hinterhauptschuppe sind wir imstande, an der Hand der vergleichenden Betrachtung zahlreiche Details aufzufinden und zu bestimmen.

Bei gewissen Affenarten, den Lemuriden, ist unabhängig von den Muskelvorsprüngen das Kleinhirnrelief auf der Hinterhauptsschuppe deutlich ausgeprägt. Man sieht daselbst konvexe Vorwölbungen, welche den inneren konkaven Fossae cerebellares entsprechen und die Erhöhung für die Fossa vermiana. Diese Verhältnisse lassen sich auch an den Schädeln von Neugeborenen deutlich nachweisen, während sie bei den Erwachsenen verschwinden.

Da ein grosses Kleinhirn grössere Protuberanzen erzeugt und ein kleines notwendigerweise kleinere Vorwölbungen darbietet, so ist die Gall'sche Behauptung von den Beziehungen des Kleinhirns zum Schädel nicht von der Hand zu weisen. Ob aber tatsächlich dem Kleinhirn Geschlechtsfunktionen zukommen, das ist eine wesentlich andere Frage. Nach dem heutigen Stande der Wissenschaft scheint es allerdings ausgeschlossen, dass dem Kleinhirn Geschlechtsfunktionen zufallen. Vergl. über dieses Problem Rieger: Kastration Kap. II.

Wie es sich aus dem bisher Dargelegten ergiebt, so können wir an gewissen Vorsprüngen und Buckeln des Schädels einzelne Gehirnwindungen mit voller Sicherheit bestimmen, und aus der äusseren Konfiguration des Schädels innere Verhältnisse in gewissen Grenzen erschliessen. Der Schluss Gall's aus der äusseren Schädelbildung auf die Gehirnfunktionen war voreilig, da die

Hirnphysiologie jener Zeit noch sehr im argen lag, das Bestreben jedoch, die einzelnen Gehirnpunktionen zu lokalisieren, war fruchtbar und von weittragender Bedeutung. Die Broca'sche Entdeckung der «Fähigkeit der artikulierten Sprache» in der dritten unteren Stirnwindung der linken Hemisphäre führt auf Gall und bis zur Stunde sehen wir die Hirnphysiologen und Anatomen auf der Suche nach der Lokalisation der Gehirnfunktionen und beschäftigt mit dem Ausbau derselben. Wodurch unterscheiden sich, um nur ein Beispiel anzuführen, die «Associationscentren» Flechsigs von den «Organen» Gall's! «Eine Psychologie, welche Ansprüche auf Exaktheit macht, wird die Tatsache, dass die menschliche Grosshirnrinde sich, ähnlich wie die Erdoberfläche aus Kontinenten und Meeren, aus mindestens sieben anatomisch wohlgesonderten Gebieten zusammensetzt, nicht ignorieren dürfen. Das Organ des Geistes zeigt deutlich eine kollegialische Verfassung, und in zwei Senate ordnen sich seine Räte; nur kommen den Mitgliedern dieser Senate nicht, wie in der alten Phrenologie, Namen zu, wie Freundschaft, Gutmütigkeit und drgl., sondern einesteils solche von Sinnen: Seh-, Hör-, Riech-Sphäre, anderenteils handelt es sich um Koagitations- oder Associationscentren». (Gehirn und Seele p. 25, Aufl. II.). Die Prophezeihung Scheves scheint sich zu bewahrheiten: «die Anthropologen sind in ihren Forschungen bis unmittelbar vor dem Thor der Phrenologie angekommen: ein einziger Schritt weiter muss sie in die Phrenologie hereinführen».

Fassen wir das Gesagte noch einmal zusammen, so ergiebt sich:

1. Der Aussenschädel wird, wie die vergleichende Anatomie lehrt, nach dem Gehirn geformt, und Hirnrelief zeigt sich auf dem Schädel ausgeprägt.

2. Die Schädelteile, welche am meisten mit Muskulatur überzogen sind, sind es, welche das Hirnrelief aufweisen im Gegensatz zur Theorie.

3. Am äusseren Schädel finden sich Buckel und Protuberanzen, welche sicht- und fühlbar sind und bestimmten Hirnwindungen entsprechen.

4. Die physiologische Betrachtungsweise der Bildung des Schädels ist zu verwerfen.

Aus dem chem.-bakteriologischen Laboratorium von Dr. St. Serkowski in Lodz.

Assainisation nach Schweder in einigen Lodzer Häusern.

Von

L. Klocman.

(Schluss.)

Es entstehen also zwei Fragen: Lässt sich das biologische System der Reinigung der Abflusswässer überhaupt und unter welchen Bedingungen anwenden, und warum werden bei der Reinigung der Abflusswässer einzelner Häuser schlechtere Resultate erreicht, als in Fällen der Reinigung der gesamten städtischen Abflusswässer.

Zuerst will ich die zweite Frage beantworten.

Es kann zwei Ursachen geben: 1) die Abflusswässer enthalten bakterieide Bestandteile, 2) wegen der grossen Mengen der Abflusswässer werden die letzten nicht gründlich bearbeitet. In unseren beiden Häusern, da wir mit Abflusswässern aus Aborten und Küchen zu tun haben, spielt wahrscheinlich die zweite Ursache die grössere Rolle.

Die Menge der Abflusswässer beträgt in Häusern, wo Wasserleitungen, Wasserklosets und Wannen eingerichtet sind, den statistischen Angaben nach 100 Liter pro Person. Die Zahl der Einwohner mit 100 angenommen, so haben wir 10.000 L. Abflusswasser täglich. Zur Bearbeitung von 250 L. ist bei der Filtration 1 Cub.-Meter nötig — also auf 10,000 — 40 Cb.-Meter. Normale Tiefe des Filters auf 1 m. festgesetzt, müssen wir zur Einrichtung der Filter eine Fläche von 40 qm. benutzen. Die Höfe an beiden genannten Häusern sind sehr klein. Wenn man also bedenkt, das dort ein oder zwei Filter, zwei — drei Faulräume, zuführende und ableitende Kanäle Platz finden müssen, so muss man annehmen, dass die Einrichtung auf eine geringere Menge Wasser berechnet ist oder auch die Filter zu tief gebaut sind. Beides aber hat auf den Wert des gereinigten Wassers einen ungünstigen Einfluss. Ich lasse hier ausser acht, dass während des Regens die Menge des täglich filtrierten Wassers bedeutend wächst. Hier will ich nun die Frage aufwerfen, ob die Kanalisation und Reinigung der Abortunreinichkeiten in grossen Städten ohne allgemeine Kanalisation zweckmässig ist. Diese Frage muss negativ beantwortet werden. Einen Grund habe ich bereits angegeben: Mangel an Platz. Der zweite wird durch die Qualität der Abflusswässer bedingt. Es giebt in Lodz sehr viele Häuser, wo sich kleine Werkstätten befinden: die Abflusswässer in solchen Höfen wirken vorwiegend bakterientötend, machen also die Wirkung der biologischen Methode geradezu unmöglich. Dies haben die in England gemachten Versuche bewiesen.

Eine wichtige Bedingung der Wirksamkeit der biologischen Abflusswässerreinigung ist das Fehlen der Fabrikabflüsse, deren Bestandteile bakterientötend wirken. In vielen Fällen werden die Fabrikabflusswässer durch die städtischen genügend verdünnt; dies beweisen die Experimente in Manchester, Boston u. a. In anderen Fällen aber machen die Fabrikabflusswässer die Wasserreinigung nach Schweder unmöglich. Dies zeigen die in England gemachten Erfahrungen, z. B. in Lodz, wo die Abflusswässer aus Gerbereien, galvanischen, Kupferwerken u. a. Anstalten herkommen, in Maidstone — aus Gerbereien Brauereien etc. (Koenig B. I, S. 352.)

Die dritte negative Seite der lokalen Kanalisation besteht darin, dass die Behälter, wo die Reinigung der Abflusswässer stattfindet und die Brunnen, aus denen das Wasser zum täglichen Gebrauch geschöpft wird, sich auf demselben Hofe in unmittelbarer Nachbarschaft befinden; so ist es auch im Landau'schem Hause (Ecke Petrikauer und Ziegelstrasse).

Trotz der Cementeinmauerung können die Abflusswässer mit den Bakterien in die Brunnen gelangen. Als Beweis kann folgender Fall dienen: nach dem Regen wird das Wasser in vielen Brunnen in Lodz stark verunreinigt, da mit dem Regenwasser auch der Inhalt der Rinnsteine und Abflüsse mit verschiedenen Unreinlichkeiten von den Strassen und Höfen in die Brunnen durchsickert.

Was für Folgen das hat, weiss Jedermann.

Noch schlimmere Folgen kann in den Abflusswässern das Vorhandensein von Bakterien verschiedenartiger Flora, pathogene Mikroorganismen nicht ausgenommen, haben.

Bakteriologische Untersuchungen obiger Proben haben das Vorhandensein unzähliger Mengen verschiedenartiger

Bakterien und Schimmelpilze nachgewiesen. Ausser typischen Repräsentanten der Fäulnissbakterien (Bac. mesentericus vulgatus, Proteus vulgaris, Proteus mirabilis) hat man in jeder Probe Colibakterien und sporenhaltige Bazillenformen gefunden. In einer Probe wurde eine grosse Menge nichtspezifischer Vibrionen (aus der Gruppe Vibrio aquatilis), in einer anderen Bac. pyocyaneus gefunden. Bei den bakteriologischen Untersuchungen ist die Verschiedenartigkeit der Flora auffällig: es giebt also nicht spezifische Saprophyten, Fäulnis- und pathogene Bakterien. Diese Verschiedenartigkeit der Bakterien spricht gegen die Genauigkeit der biologischen Prozesse im Schwederschen System in Lodz, weil bei genauer Fermentation sich die antagonistische Wirkung eines oder mehrer Stämme, welche im Abflusswasser allein geblieben waren, offenbaren müsste, andere dagegen zugrunde gehen müssten. Die betreffende bakteriologische Literatur werde ich nicht anführen.

Endlich kann auch die täglich wechselnde Menge des zur Oxydation nötigen übermangansauren Kali als Basis für die Ungenauigkeit der Fermentation dienen (s. obige Analysen).

Das Wasser aus dem Filter wird unmittelbar in die offenen, die ganze Stadt durchfliessenden Rinnsteine gelassen und die pathogenen Bakterien haben dort Gelegenheit ihre Tätigkeit zu entfalten. (Vergl. B. h. Hynn: Ueber das Fäulnissystem der Kanalisation. „Sdrowie" 1902 St. 961).

Wenn in einem der besprochenen Häuser ein Cholerakranker vorkommen würde, so könnte es eine Pandemie in der ganzen Stadt verursachen. Die ungenügend oxydierten organischen Verbindungen in den ausgelassenen Abflusswässern faulen in den Rinnsteinen weiter.

Die Resultate der Anwendung des Schweder'schen Systems in einzelnen Häusern einer grossen Stadt sind vom sanitären Standpunkte aus negativ. Dieser Sache könnte die nachherige Desinfektion der Abflusswässer nach dem Durchgang durch die Behälter angesichts des Ueberschusses an organischen Substanzen nichts helfen. Ich betone, dass die negativen Resultate des genannten Systems ausschliesslich die lokale Kanalisation einzelner Häuser betreffen, augenscheinlich aber den Wert der biologischen Reinigung nicht herabsetzen, die unvergleichlich ist, wenn es sich um die Bedingung der Abflusswässer auf grössere Skala handelt, wie es die Erfahrungen in London und Manchester gezeigt haben. Die biologische Reinigung darf jedoch nicht in den Höfen einzelner Häuser stattfinden und die betreffenden Abflusswässer dann nicht in offene Strassenrinnsteine herabgelassen werden. Wenn strenge englische Vorschriften existieren, welche maxim. 14,2 mgr. $KMnO_4$ auf ein Liter Wasser zulassen, wenn deutsche Vorschriften von Dunbar und Thunn fordern, dass suspendierte Teile fast vollständig aus dem Wasser eliminiert werden, dass das Abflusswasser in geschlossener Flasche nicht faulen und keinen Schwefelwasserstoff absondern soll, so wird hier die Ableitung der Abflusswässer in Flüsse und Kanäle vorausgesetzt. Viel strenger müssen die Vorschriften da sein, wo die Abflusswässer die Rinnsteine hinunterfliessen, und nach Schweder „zum Besprengen der Strassen gebraucht werden können". Indessen entsprechen nach meinen Untersuchungen die Closetabflusswässer aus den beiden Lodzer Hausern sogar den obigen Forderungen nicht.

Bei der Anwendung der biologischen Methode innerhalb der Stadt, besonders, wenn die Abflusswässer dann in die offenen Strassenrinnsteine abgelassen werden sollen, müssen um so grössere Vorsichtsmassregeln getroffen werden, da — wie es unlängst A. C. Houston bewiesen[4]) — B. coli, Bac. enteritidis sporogenes und andere pathogene Stämme sich bei der biologischen Methode quantitativ nicht nur nicht vermindern, sondern deren Menge nach der Filtration sogar zunimmt. Dieselben Resultate geben auch Proteusstämme sowie Bac. pyogenes cloanicus von Klein.

Es ist übrigens für Lodz eine überaus traurige Tatsache, dass man sehr spät angefangen hat mit der Kanalisationsfrage sich zu befassen; die einleitenden Studien und die Ausführung der Arbeit werden noch viele Jahre dauern. Man muss also mit Anerkennung den Gedanken einiger Hausbesitzer begrüssen, manche Verbesserungen in dieser Hinsicht eingeführt zu haben, und wenn die letztern gute Resultate gegeben hätten, so wären sie nicht ohne Einfluss auf die Verbesserung der sanitären Bedingungen geblieben.

Bisher ist, trotz der Ermahnungen der hygienischen Sektion und der Presse, trotz der von den Behörden eingeführten Memoriale das Assainisationssystem in Lodz verabscheuungswürdig. Mit der Ausfuhr von Exkrementen beschäftigen sich entweder die Kolonisten aus der Umgegend, oder die hiesigen Assainisatoren. Die ersteren nehmen den Inhalt der Abortgruben mittelst Kübel und Eimer auf offenen und spaltigen Wagen und fahren ihn auf die Gemüsefelder bei Lodz aus, die letztern aber fahren fast niemals die Unreinlichkeiten ausserhalb der Stadt aus, sondern giessen dieselben auf eigenen oder leeren städtischen Plätzen innerhalb der Stadt aus. Die Lodzer Zeitungen haben wiederholt genau die Plätze und die Namen der Besitzer angegeben, doch ohne jeglichen Erfolg.

Der Formalität halber muss jedes Assainisationsbureau einen Kontrakt über die Pacht eines Platzes ausserhalb der Stadt vorstellen, bevor es eine Erlaubnis bekommt.

Es ist aber nur eine Fiction, da die Assainisatoren niemals diese Plätze benutzen, sondern innerhalb der Stadt ausgiessen, und einmal jährlich den stark verunreinigten Platz pflügen und besäen lassen, damit nichts gemerkt werde. Was für bedrohliche Folgen solch ein Assainisationssystem für ganz Lodz haben muss und was für eine Wirkung auf das Wasser in den seichten Brunnen, das wissen alle.

Dem geehrten Herrn Dr. Serkowski drücke ich zum Schluss meinen herzlichsten Dank für seine freundliche Hilfe aus.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Die Eiterungen des Ohrlabyrints. Von E. P. Friedrich (in Kiel). Mit 25 Tafeln und 5 Abbildungen im Text. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1905.

Vorliegendes Buch erscheint als VI. Band der von Prof. Dr. Otto Körner herausgegebenen «Ohrenheilkunde der Gegenwart und ihre Grenzgebiete». Es berührt ein bis jetzt noch ungenügend erforschtes Gebiet und basiert vorzugsweise auf den eigenen Erfahrungen des Verfassers. Das Buch zerfällt in 2 Teile: den Text und die Tafeln. Ersterer umfasst 136 Seiten. Verf. gibt zunächst eine recht klare Beschreibung der Anatomie des Labyrinths und seiner Lage im Schläfenbein. Es folgt darauf eine Statistik der Labyrintheiterungen, nach der etwa auf 100 Fälle von Mittelohreiterung einer mit La-

[4]) Brit. med. Journ. 1900 S. 496—411; Wiest. obschtsch. Gigieny 1600, S. 1960.

byrinthitis entfällt. Unter den ursächlichen Krankheiten der Mittelohreiterungen, die Labyrintheiterungen im Gefolge haben, stehen an erster Stelle die akuten Exantheme: Scharlach und Masern. Den Hauptteil des Buches bilden die allgemeine Pathologie, die klinischen Symptome und Therapie der Labyrintheiterungen. Verf. schildert die anatomischen Vorgänge bei der Caries und Nekrose des Schläfenbeins und speziell der Labyrinthkapsel, die wichtigsten Symptome der Labyrinthaffektionen und die operative Behandlung derselben. Besonders interessant sind die histologischen Details, die durch zahlreiche Abbildungen im zweiten Teile des Buches illustriert werden. Diese Abbildungen sind vorzüglich ausgeführt und lassen nichts zu wünschen übrig. Die Ausstattung des Buches ist eine vortreffliche.

A. Sacher.

Alb. Mathieu et J. Ch Roux: L'inanition chez les dyspeptiques. Paris 1905. 8°, 195 p.

Die beiden als Magenpathologen vorteilhaft bekannten Verfasser haben sich zusammengetan und ein gutes Buch geliefert, das nicht nur von Magenpathologen, sondern auch von allen Aerzten, speziell aber von Nervenärzten mit Nutzen und Vergnügen gelesen werden wird. Es werden zunächst die Ergebnisse der experimentellen Inanition zusammengestellt, wobei ich nur einen kleinen Irrtum berichtigen möchte. Wenn die Verff. erwähnen, am Nervensystem seien bei der Inanition keine pathologisch-anatomischen Veränderungen anzutreffen, so ist das unrichtig. Zahlreiche russische Arbeiten haben konstant recht weitgehende anatomische Veränderungen an den Nervenzellen sowohl des Zentralnervensystems als des Sympathicus nachgewiesen. Im 3. Kap. werden die verschiedenen Formen des Hungers bei Nervösen beschrieben: Faim nauséeuse, faim défaillante, faim boulimique, und Perversionen des Sättigungsgefühls und des Durstes. Sodann wird in verschiedenen Kapiteln die Beschaffenheit der Inanition und die verschiedenen Ursachen und Formen derselben bei den verschiedenen nervösen Zuständen beschrieben, vornehmlich der Neurasthenie, Hypochondrie, Hysterie und Geisteskrankheiten. Ueberall begegnen wir feinen Beobachtungen, schönen diagnostischen und therapeutischen Winken, und der Therapie ist schliesslich noch ein besonderes Kapitel gewidmet. Das Werk ist sehr zu empfehlen.

Buch.

Mitteilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 4. Mai 1905.

P. 1. Dr. P. v. Hampeln hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber die perkutorische Bestimmung der Herzgrenzen».

Vortragender weist darauf hin, dass sich zur Zeit die Aufmerksamkeit wieder mehr der Ermittelung der Gesamtherzdämpfung zuwende. Untersuchungen von Moritz, de la Camp und Goldscheider haben die Uebereinstimmung dieser durch schwache Perkussion ermittelten Grenzen mit dem Orthodiagramm ergeben. Sie fehlte aber doch in ca. 25 pCt., zudem sei der Beweis vorläufig nur an gesundem Material geführt. Wie es sich damit in pathologischen Fällen und bei fettreichen Körpern verhält, wüssten wir noch nicht. Die Unsicherheit der perkutorischen Bestimmung der wahren Herzgrenzen sei darum noch nicht widerlegt und bestände links sogar in der Regel, auch unter normalen Verhältnissen (Moritz). Hier projiziere sich die linke Seitenfläche des Herzens bei der Perkussion als eine Zone dumpferen Schalles auf die seitliche Thoraxwand und kann das Herz grösser erscheinen lassen, als es ist. Dennoch gelingt bei Berücksichtigung dieses Umstandes in der Regel die richtige Bestimmung der linken Herzgrenze, wobei der Spitzenstoss einen wichtigen Anhaltspunkt gewährt. Wir haben uns, scheint es, gewöhnt, jene weiter über ihn hinausreichende Dämpfung auszuschalten. Genau genommen ist sie aber meist vorhanden und kann, bei fehlendem Spitzenstoss doch zu Täuschungen führen. Davor schützt s. A. nach die Erfahrung, dass die Abwesenheit eines Spitzenstosses gegen Herzvergrösserung, wenigstens über die Papillenlinie hinaus spricht, da durch Herzvergrösserung nach links der früher nicht wahrnehmbare Spitzenstoss (Guleke) wohl stets wahrnehmbar wird.

Eigentliche Schwierigkeiten bereitet auch jetzt noch die Bestimmung der rechten Herzgrenze. Auch jetzt gilt noch als rechte Normgrenze der «absoluten Dämpfung» der linke Sternalrand von der 4.—6. Rippe. Dagegen ist Krönig, sodann Oestreich aufgetreten. nach deren anatomischen und damit übereinstimmenden klinischen Untersuchungen die rechte Herz-Lungengrenze links zwischen der 4.—5. Rippe am Sternalrande beginnt und von da schräg nach rechts abwärts über das Sternum hin zur Insertion des 5. oder 6. rechten Rippenknorpels hinzieht und hier in die Lungen-Lebergrenze übergeht. Vortragender schliesst sich dieser Auffassung an, doch kämen immerhin Fälle vor, in denen die rechte Grenze der bisher angenommenen Norm entsprechend verläuft. Aus jenem ersten Verhalten ergebe sich, dass eine Ausdehnung der Herzdämpfung nach rechts auf das Sternum noch nichts Pathologisches, keine Vergrösserung des Herzens beweist. Für diese und zwar für Vergrösserung des rechten Ventrikels sei nach Auffassung Krönigs und Oestreichs die «Treppenform» der rechten Grenzlinie absolut charakteristisch. Auch Vortragender hat diese von ihm als «Stufenform» bezeichnete Eigenart der rechten Grenze schon lange beachtet, und darüber hier berichtet, muss aber, wie damals, vor 5 Jahren, bekennen, dass er sie doch nicht für so charakteristisch halte. Er begegnete ihr auch bei anscheinend normalem Herzen und vermisste sie. wo auf Grund des klinischen Befundes Dilatation und Hypertrophie des rechten Ventrikels angenommen werden musste. Das Ergebnis aller dieser Untersuchungen sei darum eigentlich eine gewisse Enttäuschung. In diagnostischer Beziehung, scheint es, hätten wir nichts gewonnen, wohl aber an Einsicht in die tatsächlich vorliegenden normalen Verhältnisse. In diagnostischer Beziehung gewährt die wichtigsten Anhaltspunkte die meist sicher zu bestimmende linke Herzgrenze (Spitzenstoss) und der auskultatorische Befund.

Welche Herzgrenzen aber auch und wie man sie bestimmen mag, immer müsste man dessen eingedenk bleiben, dass eine grosse Dämpfungsfigur in der Herzgegend noch nicht «Herzdämpfung» (incl. Pericardium) bedeutet. Als Grund dafür seien extraperikardiale Fettauflagerungen zu beachten, auf die er schon einmal hingewiesen hat. Sie bewirken bei einiger Mächtigkeit genau solche Dämpfungen. wie das vergrösserte Herz und werden in ihrer Eigenart nur auf Grund klinischer allgemeiner Erwägungen erkannt. Völlige Sicherheit könne im Zweifelfalle die Radioskopie gewähren, da die X-Strahlen das Fettlager durchdringen und das von ihm umgebene Herz in seiner wahren Grösse erkennen lassen.

(Autoreferat).

Dr. Krannhals hat die Stufenbildung der Dämpfungsfigur nach rechts bei sonst ganz normalen Herzen gefunden; er hat den Eindruck empfangen. dass sie von der Bedeckung des Herzens von der rechten Lunge abhängig sei; er hat sie bei Individuen gesehen, welche absolut keine Zeichen einer Herzaffektion boten. er hat daher die Bestimmung der rechten Herzgrenze bald wieder aufgegeben, weil er hierdurch keine Schlüsse ziehen konnte. Krannhals hat sich immer bemüht, die grösste Herzdämpfung herauszuperkutieren. Die Bestimmung der linken Herzgrenze ist oft schwierig, oft garnicht möglich; wenn man jedoch alle Anhaltspunkte hinzunimmt (Hochstand des Zwerchfells etc.), so hat er in den meisten Fällen eine Grenze finden können, welche später der Sektion entsprach. Auch die untere Grenze hat er gewöhnlich unter Hinzunahme der Grenzen des Magens finden können.

Die Grenze nach links hängt auch mehr oder weniger vom Alter. vom Fettreichtum etc. ab; eine allgemeine Regel für die Perkussion, also die schwache oder starke, kann man nicht aufstellen. Krannhals möchte sich nicht streng an die Regeln halten, welche Hampeln für die Bestimmung der rechten Herzgrenze angegeben.

Dr. Voss fragt. ob die palpatorische Perkussion mehr Aufschlüsse gebe.

Dr. v. Hampeln interessiert es, dass Krannhals die Stufenform auch oft gefunden habe, wie Oestreich, welcher seine Ergebnisse durch die Sektion bestätigt fand. Die Schwierigkeit besteht darin, dass auch bei anscheinend normalen Herzen die Stufenform gefunden worden, andererseits bei Mitralinsufficienz und -Stenose wieder vermisst worden ist, wo doch eine Vergrösserung angenommen werden musste. Hampeln stimmt auch damit überein, dass wir im ganzen nicht viel weiter durch die Herzgrenzenbestimmung gekommen sind, gerade bei geringfügigen Vergrösserungen des Herzens; für die Diagnose der Septumlücken, bei denen ein systol. Geräusch sich findet, ist es bekanntlich sehr wichtig, ob sich eine Vergrösserung nach rechts nachweisen lässt. Hampeln hat hier oft keine Vergrösserung nach rechts nachweisen können, während die Ausdehnung nach links sich perkutorisch

und palpatorisch immer viel leichter feststellen liess, gerade auch bei geringfügigen Vergrösserungen. Deswegen ist die Aktinoskopie auch so wichtig.

Dr. Voss wünscht Auskunft darüber, ob gerade die hochgradigen Vergrösserungen des Herzens diese Stufenformen geben.

Dr. v. Hampeln verneint dies, diese Form finde sich mehr bei geringfügigen Vergrösserungen.

Im übrigen ist für ihn die Gehörswahrnehmung immer wichtiger gewesen als die Tastempfindung zur Bestimmung der Grenzen.

Auch Dr. Deubner giebt dem Ausdruck, dass die Gehörswahrnehmung ihn bei diesen Untersuchungen sicherer als die Tastempfindung geleitet hätte.

Dr. Voss meint, die Rad-Rennfahrer würden ein besonders gutes Objekt für derartige Untersuchungen abgeben, da hier die Vergrösserungen doch vorübergehend seien.

Dr. Krannhals: Manchmal hat man bei der Untersuchung den Eindruck, als ob man das dahinter liegende Herz fühlt, manchmal jedoch auch nicht, es wird hier die Dicke der Thoraxwand etc. in Betracht zu ziehen sein. Weil die Fälle eben verschieden sind, so kann man von Hause aus nicht eine Methode für besser halten, man wird sich je nachdem für die eine oder andere entscheiden müssen.

Dr. v. Hampeln: Die Ergebnisse der Autoren sind nicht ohne weiteres zu vergleichen, da die Untersuchungen in derselben Lage des Untersuchten stattfinden müssten; je nach der Lage ändert sich der Befund. Zuweilen wird die Dämpfungsfigur im Liegen eine grössere sein (wie z. B. Goldscheider angiebt); es kommt jedoch auch das entgegengesetzte Verhalten vor, wie Hampeln es selbst gesehen hat.

Dr. Krannhals meint, dass die Aenderung der Grenzen in erster Linie vom Zwerchfellszustand abhängen werde.

P. 2. Dr. Max Schönfeldt demonstriert einen Fall von familiärer amaurotischer Idiotie.

Jüdischer Knabe 1½ a. n.; einziges Kind, dem der Vater unterdessen gestorben. Kann weder sitzen noch stehen, noch überhaupt sich aufrichten; infolge schlaffer Haltlosigkeit des Oberkörpers pendelt der Kopf nach vorne auf die Brust über und es hat sich eine deutlich kypnotische Verkrümmung der Wirbelsäule herausgebildet. Die passiv erhobenen Aermchen — schlaff paretisch — fallen haltlos herunter, wenngleich das Kind über eine gewisse aktive Bewegungsfähigkeit verfügt (wenn auch mit einiger Anstrengung sich die Nase kratzt oder dergleichen).

An den völlig gelähmten unteren Extremitäten leicht spastische Erscheinungen. Nur 2 Schneidezähne unten. Das Kind bietet das Bild eines hilflosen Klumpens dar. Psychisch ist es zudem ganz unentwickelt: absolute Apathie, Gesichtsausdruck blöde, spricht nicht, scheint auch nicht zu hören und lässt nur selten ein leises wimmerndes Weinen vernehmen. Die Mutter ahnte nicht einmal etwas von der völligen Blindheit des Kindes: Pupillen sehr weit, refl. reaktionslos. Beiderseits primäre genuine Atrophia N. optici totalis, und in der Macula-Region eine c. 2 Papillen-Durchmesser grosse, unregelmässige, graue Partie mit dem charakt. roten Tupfen in der Mitte. — Bei plötzlichen Erschütterungen in der Umgebung des Kindes (Klatschen, Stampfen) oder stärkerem Anblasen, hochgradige allg. Reflexerregbarkeit desselben.

Während der Demonstration ein typischer petit — mal Anfall: 4—5 Sec. währende tonische Erstarrung, die Arme vorgestreckt und gleich darauf Erschlaffung unter leichten Kaubewegungen. — Auch anamnestisch festgestellt.

Die Bezeichnung «Idiotie» (Sachs) ist nicht ganz zutreffend, da es sich um einen fortschreitenden, meist in kurzer Zeit durch Marasmus zum Tode führenden Degenerations-Prozess des CNS handelt, beruhend auf einer fehlerhaften Anlage. Dieses zunächst noch rätselhafte Krankheitsbild gehört zu der familiären Gruppe der «endogenen Erkrankungen» (spastische Diplegie, infantile Cerebrallähmung etc.) All' diese einzelnen Typen zeigen nicht nur Uebergangsformen zu einander, sondern es sind auch diese verschiedenen Typen in derselben Familie beobachtet worden.

(Autoreferat).

Dr. Eliasberg kann die Diagnose, speziell die des Augenbefundes, nur bestätigen; er demonstriert eine Skizze des Augenhintergrundes des Patienten, welche er angefertigt hat.

In diesem Fall waren die Eltern des Kindes nahe verwandt, bei seinen anderen Fällen, welche er früher demonstriert hat, war keine Verwandschaft der Eltern nachzuweisen.

Dr. Otto Klemm hat c. 5 Fälle gesehen, welche er damals freilich nicht mit dieser Diagnose belegt hat; nachdem seine Erfahrung in derartigen Fällen sich jedoch vergrössert hat, möchte er sie doch zur selben Gruppe gehörig rechnen, wie der vorgestellte Fall; einen Augenbefund hat Klemm in seinen Fällen nicht erheben können; doch sind gerade in letzter Zeit 2 Fälle bekannt gegeben worden, wo auch der Augenbefund fehlte. Bei andern Kindern tritt auch die Idiotie mehr hervor, als bei dem heutigen Fall. Im vorigen Jahr hat er den letzten derartigen Fall gesehen, ohne Augenbefund; die Eltern waren Blutsverwandte; das erste Kind dieser Ehe soll unter ähnlichen Krankheitserscheinungen gestorben sein. Im ganzen kann man sagen, dass die Anlage des Zentralnervensystems eine normale ist; die vitalen Fähigkeiten des Organismus erschöpfen sich jedoch bald, so tritt dann die Degeneration auf. Der letzte anatomisch untersuchte Fall zeigte tinctoriell Verwaschenheit der Nissl'körperchen der Gehirnrinde, dieselben traten nicht distinkt hervor; die Ganglienzellen schienen an Zahl weder in der Gehirnrinde noch im Rückenmark auffallend vermindert zu sein; es fehlten auch sichere Degenerationen der Faserzüge des Rückenmarks (Dr. Th. Schwartz).

Dr. Sokolowsky meint, dass ein früher Verschluss der Fontanellen oft als Aktrologie angegeben werde.

Dr. Otto Klemm bestätigt, dass er einen Fall gesehen habe, wo schon im 2. Monat die grosse Fontanelle verwachsen war.

Dr. M. Schönfeldt bemerkt, dass die Erscheinungsformen der Krankheit natürlich je nach der Stelle, wo der Prozess einsetzt, verschieden sein werden; hierdurch wird die Langlebigkeit oder Kurzlebigkeit des Kranken bedingt.

Ausserhalb der Tagesordnung demonstriert

Dr. M. Eliasberg einen 5-jährigen Patienten mit Erblindung infolge von Neuritis optica nach Masern. Das Mädchen erblindete vor 2 Wochen, am 4. Tage der Masern. Vor den Masern war das Sehvermögen ein gutes gewesen. Es litt häufig an Kopfschmerzen, welche auch während der Masern vorhanden waren und noch heute fortdauern. Die Komplikation mit Neuritis optica nennt Ostwald (Zeitschrift für Augenheilkunde 1904 Bd. 41) eine «seltene» und berichtet von einem Fall von Fage, wo auch bei einem 3-jährigen Kinde nach Masern infolge einer Neuritis optica Erblindung eintrat. In seinem (Eliasberg's) Falle ist die Erblindung die Folge einer in Atrophie übergehenden Neuritis optica utrque lat. Es ist keine Stauungspapille zu konstatieren. Die nicht prominenten Papillen sind verwaschen.

(Autoreferat).

Dr. Zwingmann fragt, ob die Nieren untersucht worden sind.

Dr. Eliasberg erwidert, dass diese Untersuchung noch aussteht.

Dr. v. Krüdener hat vor 4 Wochen ein 16 jähriges Mädchen beobachtet, wo einige Tage nach dem Masernexanthem die Erblindung eintrat, er stellte die Diagnose auf Atrophie der Sehnerven, meningitischen Ursprungs; er machte 12 mal die Lumbalpunktion, entleerte jedesmal ca. 30 cbcmt. Cerebrospinalflüssigkeit; die damit beschickten Platten blieben steril. Das Sehvermögen schien sich anfangs etwas zu bessern, doch später war keine Besserung mehr zu konstatieren.

Uhthoff erwähnt auch einen Fall von Neuritis optica nach Masern; Krüdener selbst hat ebenfalls einen Fall von Neuritis nach Masern gesehen, welcher ausheilte.

d. z. Sekretär: Dr. Theodor Schwartz.

Protokolle des XVII. Aerztetages der Gesellschaft Livländischer Aerzte zu Arensburg vom 10.—12. Aug. 1905.

II. Sitzung, d. 11. August 1905.

3. Diskussion über den Vortrag des Herrn Dr. A. Behr: «Der gegenwärtige Stand der Schädellehre». (Der Vortrag ist an der Spitze der heutigen Nr. abgedruckt.)

Dr. O. Thilo meint, am Hirne zeige sich die alte Erfahrung, dass im Kampfe des Weichen mit dem Harten das Gehirn nicht zu verzagen braucht. Nach dem Newton'schen Gesetze vom Druck und Gegendruck muss ein Gleichgewicht

zwischen äusseren und inneren Kräften bestehen, und gerade die Härte des Schädels führt zu einem genauen Abdruck der Gehirnformen. An knorpeligen Schädeln, z. B. bei Knorpelfischen (Stören und anderen) ist die Form des Gehirns weniger deutlich. Dieses erläutert Th. an einem präparierten Störschädel.

Dr. A. Keilmann weist darauf hin, dass der Beweis dafür, dass beim Menschen die Hirnform das primäre ist und die entsprechende Form der inneren Lamelle des Schädels sekundär entsteht, in der Tatsache zu sehen ist, dass beim Neugeborenen die Hirnwindungen bereits ausgebildet, die Knochen des Schädeldaches aber vollkommen glatt sind.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Am 26. Januar n. St. beging der bekannte Ophthalmologe Professor emer. Dr. August v. Rothmund in München sein fünfzigjähriges Dozentenjubiläum. Der ausgezeichnete Augenarzt widmete seine ganze Lehrtätigkeit der Münchener Universität, an welcher er sich 1856 als Privatdozent habilitierte. Er steht gegenwärtig im 76. Lebensjahre.

— Die Berliner medizinische Gesellschaft wählte in ihrer letzten Sitzung am 11./24. Januar die Professoren Dr. E. v. Bergmann — und Dr. Senator zu Ehrenmitgliedern.

— Der bekannte Hygieniker Professor Dr. August Gärtner in Jena, Mitglied des deutschen Reichsgesundheitsrates, ist von der französischen Gesellschaft der Ingenieure und Stadthygieniker zum Ehrenmitgliede ernannt worden.

— Der langjährige Rektor der Universität Tomsk, der Direktor der internen Klinik Prof. Dr. Kurlow, ist um seinen Abschied eingekommen.

— Für Auszeichnung in den Kämpfen gegen die Japaner ist dem Divisionsarzt Dr. Joseph Bötticher und dem Oberarzt des Charbinschen kombinierten Hospitals Nr. 3, Dr. N. Weinbaum, der St. Wladimirorden III. Klasse verliehen worden.

— Der Korpsarzt des 5. sibirischen Armeekorps Dr. Schischkow ist zum Korpsarzt des Grenadierkorps ernannt worden.

— Vor kurzem beging der Arzt am St. Marienhospital in Tschenstochau Dr. Wladislaw Bjeganski das 25-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Tätigkeit.

— Einem Spezialtelegramm zufolge aus Colombo (Insel Ceylon) vom 14./27. Januar in der «Düna-Ztg.», befinden sich auf der Heimreise mit dem Dampfer «Jrave» die 3 Aerzte des estländischen Feldlazaretts DDr. Brackel, Friedenstein und Schilling, sowie die ostseeprovinzialen Aerzte Büttner, Burchard, Blumberg, Demme, Kröger, Kymmel, Laurentz und Stender.

— Am 23. Januar ist Dr. Charles v. Broecker, mit dem Stanislausorden III. Klasse mit Schwertern dekoriert, vom Kriegsschauplatz nach Riga zurückgekehrt.

— In einem an Prof. Belljarminow gerichteten Briefe stattet Prof. Dr. Hans Virchow, als Präses des zum Andenken an seinen Vater zum 80. Geburtstage gestifteten «Rudolph Virchow-Fonds» in Berlin, den russischen Aerzten einen herzlichen Dank ab für die von ihnen zum besten dieses Fonds gespendeten 307 Rbl. 5 Kop. (R. Wr.).

— Dem Privatdozenten der Hygiene Dr. R. O. Neumann in Heidelberg und Dr. M. Otto vom Seemannskrankenhause in Hamburg wurde der Preis der Hamburger Martini-Stiftung für ihre Arbeiten über das gelbe Fieber in Brasilien zuerkannt. Dadurch hat die mühevolle und gefährliche Betätigung der beiden Forscher in Brasilien eine verdiente Anerkennung gefunden.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 6. Januar in Sissegal (im Rigaschen Kreise) der dortige praktische Arzt Dr. Alexander Joseph Loewenberg im noch nicht vollendeten 34. Lebensjahre. Er ist ebenso, wie vor nicht langer Zeit Dr. Halicki und Dr. Katterfeld, von lettischen Sozialisten in seinem Doktorat in brutaler Weise ermordet worden, und zwar, der «Düna Ztg.» zufolge, unter folgenden Umständen: Spät abends, als Dr. L., seine Familie und das Dienstpersonal sich bereits zu Bett begeben hatten, wurde anhaltend an Türen und Fenster des Doktorats geklopft. Auf die Frage der Frau des Doktors nach dem Begehr der Leute, wurde ihr in lettischer Sprache geantwortet, dass sie einen Mann mit einem Kehlschuss gebracht hätten und um schleunige ärztliche Hülfe bäten. Unterdessen war auch schon Dr. L. selbst an die Tür gekommen und als er hörte, um was es sich handelt, auch gleich bereit, helfend einzuschreiten. Beim Oeffnen der Tür traten drei junge Leute im Alter von 20–23 Jahren, von denen zwei den dritten angeblich Angeschossenen führten, herein. Doch kaum waren diese Leute mit Dr. L. in's Sprechzimmer getreten und die Frau in ein anderes Zimmer gegangen, um ein Licht anzustecken, so fielen zwei Schüsse. Als die Frau in das Sprechzimmer eilte, fand sie ihren Mann mit einem Schuss durch die Kehle entseelt am Boden liegen, die Mörder selbst aber waren entflohen. So hat also Dr. Loewenberg, nachdem er aus dem russisch-japanischen Kriege unversehrt und gesund zurückgekehrt, hier im eigenen Vaterlande durch die Hand lettischer Mordgesellen fallen müssen, — treu seinem Beruf bis zum letzten Augenblick, beweint und betrauert nicht allein von seiner Frau und mehreren unmündigen Kindern, sondern auch von allen den Leuten, denen er geholfen hat. 2) Am 27. Dezember a. pr. zu Charkow der Professor emer. der Anatomie an der dortigen Universität Dr. Mitrophan Popow im Alter von 62 Jahren. Der Hingeschiedene war ein Schüler der Charkower Universität, an welcher er 1866 den Arztgrad erlangte und dann viele Jahre Prosektor bei dem damaligen Professor der Anatomie Joh. Wagner war, bis er i. J. 1888 nach dessen Rücktritt sein Nachfolger wurde. Prof. Popow ist während seiner 40-jährigen wissenschaftlichen Tätigkeit auch ein fruchtbarer Schriftsteller gewesen: er hat gegen 60 Arbeiten, vorzugsweise auf dem Gebiet der Anatomie, veröffentlicht. 3) In Warschau der frühere Professor der Augenheilkunde an der dortigen Universität, Dr. Emil Wolfring, im 73. Lebensjahre, nach fast 50-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 4) In Odessa am 27. Dezember a. pr. Dr. Alexander Finkelstein im Alter von 70 Jahren. Der Verstorbene, welcher seit 1860 die ärztliche Praxis ausübte, gehörte zu den bekanntesten praktischen Aerzten Odessa's und war auch viele Jahre Präses der Gesellschaft Odessaer Aerzte. 5) In Frankfurt a./Main auf der Reise nach Nizza der älteste Karlsbader Badearzt Dr. Emil Schnee im 69. Lebensjahre. Er ist durch das von ihm erdachte elektrische Vierzellenbad in weitesten Kreisen bekannt geworden. 6) In Potsdam der frühere Abteilungschef des Garnison-Lazaretts Dr. Bernhard Zielenziger, der sechs Jahrzehnte hindurch in Potsdam als Arzt tätig war und auch häufig am kaiserlichen Hofe zu Rate gezogen wurde, im 86. Lebensjahre. Neben seiner ausgebreiteten beruflichen Tätigkeit widmete sich Dr. Zielenziger eingehend dem Studium der Literatur und Kunstgeschichte und ist auch als Dichter hervorgetreten. Bekannt ist seine Gedichtsammlung, die, aus acht Bänden bestehend, meist Werke lyrischen, philosophischen und didaktischen Inhalts aufweist.

Von Universitäten, med. Instituten u. Kongressen.

— Der Kriegsminister soll bei dem militär-medizinischen gelehrten Komitee angefragt haben, ob die militär-medizinische Akademie für Bedürfnisse der Armee notwendig sei. Die Antwort soll bejahend ausgefallen sein.

— Von den 49 Studenten der militär-medizinischen Akademie, welche sich den Prüfungen zur Erlangung des Arztgrades unterzogen, haben 48 das Examen bestanden, und zwar 46 cum laude. Ausserdem wurde 6 Personen mit einem ausländischen Doktordiplom nach bestandenem Examen die Venia practicandi in Russland erteilt. Von 19 Konkurrenten wurden nach Prüfung ihrer Konkurrenzarbeiten zur Belassung behufs weiterer Ausbildung bei der Akademie auf Kronskosten — zwei und auf eigne Kosten 1 ausgewählt.

— An dem klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna ist infolge Ablebens des

Professors Kostenitsch der Lehrstuhl der Augenheilkunde erledigt, welcher auf dem Wege des Konkurses besetzt werden wird. Bewerber haben sich bis zum 10. März 1906 in der Kanzlei des Instituts zu melden, unter gleichzeitiger Beifügung ihres curriculum vitae und ihrer wissenschaftlichen Arbeiten.

— Der Prof. extraord. Dr. M. Schmidt in Strassburg ist als Direktor des pathologischen Instituts an die neue med. Akademie in Düsseldorf berufen worden.

— Der Professor der Chirurgie in Heidelberg, Dr. Walter Petersen, der bekanntlich die Leitung des deutschen Lazaretts im Fernen Osten übernehmen sollte, durch Erkrankung aber daran verhindert wurde, ist jetzt als dirigierender Arzt an das Leipziger Diakonissenhaus berufen worden und wird dem Rufe Folge leisten.

— Prof. Dr. Ernesto Pestalozza in Florenz hat einen Ruf nach Rom als Direktor der Frauenklinik und Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie an Stelle des vor kurzem verstorbenen Professors Pasquale erhalten und angenommen. Die Maternità zu Florenz verliert an ihm ihren seit zehn Jahren bewährten Leiter und Reorganisator, die medizinische Fakultät einen ihrer beliebtesten Lehrer.

— Eine Billroth-Stiftung. Der verstorbene Schüler Billroths Dr. Domenico Barbieri hat ein Kapital von 300,000 Kronen für eine Stiftung gespendet, «welche zur Ehrung des Andenkens des Freundes und «Lehrers» Barbieris den Namen «Dr. Theodor Billroth-Stiftung» führen soll. Aus den Zinsen der Stiftung sollen bedürftige Schüler der zweiten chirurgischen Klinik (deren Vorstand Billroth war), eventuell auch der ersten chirurgischen Klinik ohne Unterschied der Nationalität und Konfession beteilt werden. Die Stipendien sind auf die Dauer von drei Jahren im Betrage von je 2000 Kronen jährlich durch das Professorenkollegium der Wiener medizinischen Fakultät zu verleihen. Dr. Barbieri war Assistent des Professors Dr. Billroth; im späteren Leben verband ihn eine innige Freundschaft mit dem grossen Meister.

— Ein Gedenktag der Chirurgie. Am 16./29. Januar vollendeten sich 25 Jahre, seit Prof. Billroth in Wien die erste erfolgreiche Magenresektion am Menschen ausführte.

Ein deutscher Arzt, Merrem, hatte schon im Jahre 1810 den Vorschlag gemacht, bei Magenkrebs den erkrankten Teil herauszuschneiden und die noch gesunden Teile zusammenzunähen. Billroths Schüler nahmen diesen kühnen Heilplan auf und erprobten ihn erst an Hunden. Prof. Czerny, derzeit Direktor der chirurgischen Klinik in Heidelberg, schnitt einem Hunde fast den ganzen Magen heraus und nähte die zwei Magenenden zusammen — das Tier blieb ohne Magen fünf Jahre am Leben. Gussenbauer und Winiwarter, derzeit Leiter der chirurgischen Klinik in Lüttich, — machten Versuche an Hunden, die meist gelangen. Péan in Paris führte die erste vollständige Magenausschneidung am Menschen aus, leider ohne Erfolg. Rydygier, derzeit Leiter der chirurgischen Klinik in Lemberg, die zweite, ebenfalls erfolglose. Als Billroth die erste Operation in Wien wagte, kannte er Péans Bericht nicht, der Fall Rydygiers war noch nicht veröffentlicht. Billroth operierte eine vierzigjährige Wienerin, die an Krebs des Magens litt, mit gutem Erfolge; die zwei folgenden Magenausschneidungen missglückten, da die Krankheit zu weit vorgeschritten war. Billroth berichtete über seine ersten Operationen in der Gesellschaft der Aerzte; Wölfler, derzeit Vorstand der deutschen medizinischen Klinik in Prag, konnte schon im Mai 1881 über mehrere Fälle berichten. Der Erfolg Billroths und seiner Schule entfesselte die grösste Begeisterung; wie eine Siegesbotschaft erklang die Nachricht, dass die Kunst des Arztes den Magenkrebs — in seinem Anfang — heilen kann. In Wien wurde dann die Magenchirurgie weiter ausgebildet und vervollkommnet».

— Gemeinsamer Kongress der deutschen und der österreichischen balneologischen Gesellschaft März 1906 in Dresden. Die Balneologische Gesellschaft zu Berlin wird ihren 27. wissenschaftlichen Kongress in Gemeinschaft mit dem Zentralverbande der Balneologen Oesterreichs unter dem Vorsitze ihrer Präsidenten Geheimrat Liebreich und Hofrat Winternitz im März 1906 in Dresden abhalten. Der Beginn des Kongresses ist auf den 2. März n. St. 1906 festgesetzt. Anmeldungen von Vorträgen und Demonstrationen sind zu richten an den Generalsekretär Geheimrat Dr. Brock, Berlin, N. W. Tomasiusstrasse 24, oder an den Sekretär der Balneolog. Ges., Privatdozent Dr. Ruge, Berlin, W. Magdeburgerstrasse 31 oder an den Sekretär des Zentralverbandes der Balneologen Oesterreichs, Privatdozent Dr. Ullmann, Wien, I. Judenplatz 5.

Standesangelegenheiten.

— Während dem Oberarzt Dr. Reformatski erfreulicherweise fortgesetzt zahlreiche Kundgebungen der Sympathie und des Bedauerns zugehen, berühren recht unangenehm die in der «Russ» veröffentlichten Zuschriften aus dem städtischen Kalinkinhospital und dem Obuchowhospital. Im Kalinkinhospital ist es nur das mittlere und niedere Dienstpersonal (175 Personen), das gegen die «illegale Verhaftung und Entlassung der Kollegen vom Nikolai Tschudotworez» protestiert und Dr. Troschin als Kämpen für die Autonomie warm begrüsst, im Obuchowhospital sind es aber sogar Aerzte, freilich nur externe, welche sich dem Protest anschliessen, um ihrer Ueberzeugung Ausdruck zu geben, dass der Fall mit Dr. Reformatski nur eine natürliche Folge des Regimes gewesen, das in den Stadthospitälern herrscht.

— Die Zahl der Aerzte, welche wegen politischer Umtriebe verhaftet und auf administrativem Wege gemassregelt werden, wächst mit jedem Tage. So sind neuerdings verhaftet worden: in Moskau die Hospitalärzte Lopuchin und Smirnow, Dr. Gurewitsch und der Sanitätsarzt der Moskauer Landschaft Dr. S. Bogoslowski; im Dmitrowskischen Kreise die Sanitätsärzte Borodin und Rostowzew, in Simferopol Dr. A. Archangelski, in Bachmut Dr. Klingenberg und Dr. Schaschnikow, in Tiflis der Oberarzt des Eisenbahnlazaretts Dr. Chudadow, in Warschau die Aerzte Perl und Kwasnewski, in Pjatigorsk die Aerzte Kobylin, Gorbunow und Ssitnikow. Der Militärarzt Amenizki in Riga ist aus dem Dienst entlassen worden, weil er in den «Rish. Wed.» gegen den Kriegszustand protestiert hat. In Pensa sind der Präses und der Sekretär der dortigen med. Gesellschaft Dr. A. Henke und Dr. Kramolski abgesetzt worden, ersterer vom Posten des Medizinalinspektorsgehülfen, letzterer vom Posten des Gefängnissarztes, weil sie das Schreiben an den Pensaschen Gouverneur, in welchem die Gesellschaft ihren Unwillen über die Misshandlung der Schüler auf den Strassen in Pensa am 19. Oktober Ausdruck gab, unterzeichnet hatten.

— Die Mitglieder des Moskauer «Verbandes des Aerztepersonals» hatten sich an die Gouvernementsregierung mit der Mitteilung gewandt, dass sie ihre ärztliche Tätigkeit einstellen würden, falls auf die verhafteten Aerzte irgendwelche Repressivmassregeln angewandt werden sollten. Die administrativen Autoritäten erwiderten die Drohung der Aerzte mit der Erklärung, dass keinerlei Drohungen sie abhalten könnten, ihre Pflicht zu tun.

— Ueber das Einkommen Berliner Aerzte veröffentlicht die Aerztekammer von Berlin und Brandenburg einige interessante Angaben. Das jährliche Durchschnittseinkommen eines Berliner Arztes beträgt 9000 Mk. jedoch verdienen 1322 Aerzte weniger als 5000 Mk. In den höheren Regionen des Aerztestandes haben 48 Mediziner ein Einkommen von 50,000 Mk. und mehr, und zwar haben fünfzehn ein Einkommen von 50,000 bis 60,000 Mk. dreizehn von 60,000 bis 70,000 Mk., drei von 70,000 bis 80,000 Mk., sechs von 90,000 bis 100,000 Mk., vier von 100,000 bis 120,000 Mk., fünf von 160,000 bis 180,000 Mk. Je einer verdient 260,000 Mk. und 330,000 Mk.

Epidemiologisches.

— Von der Allerhöchst bestätigten Kommission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest wird bekannt gemacht, dass das Weichselgebiet, und Kurland, sowie die Stadt Lomsha für cholerafrei erklärt worden sind.

Verschiedene Mitteilungen.

— Das Haematogen der Aktiengesellschaft Trampedach & Co. in Riga.

Das Haematogen darf zweifellos als ein Medizinalpräparat angesehen werden, welches sich als kräftigendes und blutbildendes Mittel bewährt hat, und daher von ärztlicher Seite häufig verordnet wird. Bis in die letzte Zeit wurde jedoch dieses Präparat bei uns in Russland in nur sehr geringen Quantitäten hergestellt und waren wir infolgedessen fast nur auf das verhältnismässig teure ausländische Hämatogen Dr. Hommel angewiesen, das von der Firma Nikolai u. Co. (Zürich-Hanau) hierher eingeführt wird.

Es ist daher erfreulich, dass in neuerer Zeit auch bei uns im Lande eine leistungsfähige chemische Fabrik, die Aktiengesellschaft Trampedach & Co in Riga, angefangen hat, das Haematogen im Grossbetriebe herzustellen und nicht nur in der Form des Haematogenum liquidum, sondern auch als Haematogenum siccum und — auf Wunsch — auch in Chocoladetabletten zu liefern.

In dieser Angelegenheit ist uns auch von dem Rigaer Arzte Dr. Th. Zimmermann ein Schreiben zugegangen, in welchem er es für seine Pflicht hält, auch im Interesse der Patienten diejenigen Kollegen, die das Haematogen zu verordnen pflegen, darauf aufmerksam zu machen, dass es ein Unrecht ist gegenüber der einheimischen Industrie, dem ausländischen Präparate den Vorzug vor demjenigen der Aktiengesellschaft Trampedach & Co. — Riga zu geben, zumal das letztere nicht allein billiger, sondern in bezug auf Eisengehalt und Keimfreiheit nach den vorliegenden Analysen sogar das bessere ist.

Die letzte uns vorliegende Analyse aus dem Laboratorium von Dr. Klemm in Riga lautet:

Haematogen Dr. Hommel.		Haemat. Trampedach & Co.	
Spez. Gewicht	1,1346	Spez. Gewicht	1,1285
Wasser	56,45%	Wasser	55,23%
Eiweiss	20,54%	Eiweiss	23,44%
Glycerin	20,01%	Glycerin	19,06%
Alkohol	2,10%	Alkohol	1,40%
Asche	0,70%	Asche	0,89%
Eisen	0,05%	Eisen	0,07%
Die Bakterienzählung ergab: 500 Kolonien im Kubikzentimeter.		Die Bakterienzählung ergab: 2 Kolonien im Kubikzentimeter.	

Angeregt durch die obenerwähnte Zuschrift, haben wir gern eine uns sich bietende Gelegenheit benutzt, die Einrichtung und die Arbeitsweise der Fabrik Trampedach & Co. auch unsererseits an Ort und Stelle anzusehen und können wir den von Dr. Zimmermann geschilderten Eindruck in jeder Hinsicht bestätigen.

Es ist interessant zu beobachten, in welcher Weise es gelingt, durch recht umständliche, aber zweckentsprechende maschinelle Einrichtungen und Apparate das Haemoglobid zu reinigen und zu konzentrieren, während andererseits die bei der Arbeit in allen Stadien beobachtete Sorgfalt und Sauberkeit es erklärlich erscheinen lassen, dass es auf diese Weise möglich wird, das Haematogen fast keimfrei und daher unbegrenzt haltbar herzustellen.

Nach dem Gesagten können wir das einheimische Haematogen voll und ganz der Berücksichtigung der praktischen Aerzte empfehlen.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 14. Jan. d. J. 11225 (196 mehr als in d. Vorw.), darunter 1045 Typhus — (11 mehr), 1092 Syphilis — (86 mehr), 440 Scharlach — (5 mehr) 166 Diphtherie — (10 wen.), 80 Masern — (4 mehr) und 12 Pockenkranke — (8 wen. als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 8. bis zum 14. Jan. d. J. im ganzen 802 (467 M., 335 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 26 Febris recurrens 6, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 0, Masern 19, Scharlach 26, Diphtherie 24, Croup 0, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 28, Erysipelas 10, Grippe 10, Katarrhalische Lungenentzündung 68, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberkulose der Lungen 102, Tuberkulose anderer Organe 22, Alkoholismus und Delirium tremens 11, Lebensschwäche und Atrophia infantum 48, Marasmus senilis 29, Krankheiten des Verdauungskanals 96, Totgeborene 41.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 7. Febr. 1906.

Tagesordnung: P. Tiling: Ueber einen Fall von Ascites chylosus.

Ucke: Demonstration von Präparaten.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 13. Febr. 1906.

Creosotal

Creosotal „Heyden" ist das bewährteste **Antiphthisikum**; mit Duotal alternierend darzureichen. Ganz hervorragend als **innerliches Antiskrofulosum**. In hohen Dosen (10–15 g. tägl., für Kinder 1–6 g, in 4 Teilen) ein sicher und schnell wirkendes Mittel bei allen **akuten Erkrankungen der Luftwege** von den einfachsten Erkältungsformen bis **zur kompliziertesten Pneumonie.** — **Creosotal „Heyden"** besitzt die reine Heilwirkung des Kreosots, frei von dessen zerrüttenden ätzenden Nebenwirkungen.

Collargol

Bei **septischen** Erkrankungen, besonders **Septikämie** und **Puerperalprozessen** (auch **prophylaktisch** gegen **Puerperalfieber**), bei **Appendicitis** etc. in Lösung zur **intravenösen**, **rektalen** und innerlichen Anwendung, als **„Unguentum Credé"** zum Einreiben. Auch zur **Wundbehandlung** empfohlen. — **Collargoltabletten** zu 0,05 und 0,25 g.

Salocreol

Salicylsäurekreosotester. Wirksamstes Mittel zur **äusserlichen** Behandlung von **Lymphdrüsenschwellungen** (bei **Skrofulose**, nach Masern, Scharlach, Influenza, etc.).

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik v. Heyden, Radebeul-Dresden,

oder deren Vertreter:

R. Crottet. St. Petersburg. W. O., Sredny Prosp. 8.

Producte aus dem natürlichen dem Wasser entzogenen Salze

VICHY

(4) 17–14.

Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

PASTILLES VICHY-ÉTAT — 2 oder 3 Bonbons nach dem Essen fördern die Verdauung.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT — zur Selbst-Bereitung des alkalisch moussirenden Wassers.

BERLINER DOCENTENVEREIN FÜR ÆRZTLICHE FERIENKURSE.

Der nächste Cyklus des Berliner Docentenvereins für ärztliche Ferienkurse **beginnt am 1. März 1906** und dauert bis zum **28. März 1906.**

Das Lektionsverzeichnis versendet unentgeltlich und Auskunft erteilt Herr **Melzer** (Berlin), Ziegelstrasse 10/11 (Langenbeck-Haus).

(23) 1–1. Prof. Dr. **J. Hirschberg**, Geh. Med.-Rat, Vorsitzender.

«Eine durch den Tod erledigte

Assistentenarztstelle»

ist sofort zu besetzen. 60 Rbl. monatlich bei freier Station und Beköstigung.

Verwaltung des Libauschen Stadt-Krankenhauses.

Sanatorium Villa Primavera.

Gardone Riviera, Italien.

Prospekte des Sanitätsrats Dr. **Koeniger.**

Stottern heilt dauernd die Sprachlehranstalt (mit Pension) Prov. Martin Wagner. Neueste Methode. Keine Rückfälle!! С.-П. Б. Екатерининскій каналъ 52 (Демидовъ мостъ) кв. 52 (Lift). Zahlreiche glänzende Atteste. Prospekte gratis.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Elvine Juckam, Вас. остр., 5 лин. 68, кв. 96.

Elise Blau, Лиговская 58, кв. 15.

Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6–8, Q. 1‡.

J. Krohn, Больш. Подьяческая 23, кв. 8.

Frau Adelheid von Fersen, Katharinenkanal 81, Q. 20.

Ludmilla Kawalkewitz, Екатерининскій каналъ, д. 69, кв. 23.

Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Frau Minna Rieser, geb. **Franke**. Старый Петергофскій просп., д. № 16. кв. 28, у Ново-Калинкина моста.

Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймонской ул. д. 4. кв. 11.

Frau Tursan, Спасская 21, кв. 6.

Frau L. A. Bogoslowskaja, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.

Frau Gülzen, W. O., 17 Linie, Haus № 16 Qu. 18.

Sophie Nafthal. Вас. остр. Тучковъ пер 7, кв. 5.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

LANOLINUM PURISSIMUM «LIEBREICH»

Pharm. Ross.

in bekannter absoluter Reinheit und unübertroffener Qualität.

(107) 26–8.

Marke „Pfeilring".

Vereinigte Chemische Werke Aktiengesellschaft

Charlottenburg.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14. zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petb., W. O., 4 Linie, 5 zu richten. Sprechstunden tägl. ausser Mittwoch u. Sonntag v. 4—6 U. Telephon 20557.

№ 5 St. Petersburg, den 4. (17.) Februar. **1906.**

Ueber die Indikationen der Schlammbäder.

(Vortrag, gehalten auf dem XVII. Livländischen Aerztetage in Arensburg).

Von

Dr. O. Koppe, Pernau.

M. H. K.! Ich muss die Herrn Kollegen aus Arensburg und Hapsal um Entschuldigung bitten, dass ich als Auswärtiger es gewagt habe hier über den Schlamm zu reden an einer Stätte, welche von altersher gleich Hapsal ihren wohlbegründeten Ruf als Schlamm-Badeort über ganz Russland erstreckt. Als Entschuldigung mag dienen, dass ich diesem Gegenstande von jeher mein Interesse zugewandt habe und schon vor ca. 30 Jahren als Landarzt in Leal Gelegenheit hatte, die Bildung des Schlammes in den flachen Buchten der Metzel-Wieck zu beobachten. Die Erfolge, die ich in Leal mit Bädern von Seeschlamm und Branntweinsschlempe erzielte, veranlassten mich, die genauere Anwendung und Wirkung des Seeschlammes in Hapsal 2 Sommer hindurch kennen zu lernen und seitdem bin ich in Pernau in meiner eigenen und in der städtischen Badeanstalt der Anwendung des Seeschlammes treu geblieben.

Es ist das Verdienst des Hapsalschen Arztes Hunnius, im Jahre 1825 auf die Bedeutung des Schlammes zu Badezwecken aufmerksam gemacht zu haben. Unter seiner und seiner Nachfolger energischen Propaganda sehen wir Hapsal sich sehr bald zu einem beliebten Badeorte entwickeln, welchen auch Glieder des Kaiserhauses gern aufsuchen.

Arensburg folgte bald dem Beispiele Hapsals und wurde von manchen seiner insularen Lage wegen vorgezogen, wie denn die hohe Krone die Kadetten bis auf den heutigen Tag hierher dirigiert. Der Modus der Anwendung des Schlammes ist in beiden Badeorten der gleiche. Der von Sand und groben Pflanzenteilen gereinigte Seeschlamm wird mit Wasser oder Dampf erwärmt und zu 1—4 Eimern der Wanne zugesetzt.

Die Bäder werden meist 28°—29° R. genommen in der Dauer von 20—40 Minuten. Darauf folgt eine laue Dousche oder Reinigungswanne und der Kranke liegt zu Hause noch auf dem Bett, um allmählich abzudunsten und sich zu erholen. Die Bäder werden 3—6 mal wöchentlich gebraucht; zu einem Kursus gehören meist 30 Bäder. Hernach folgen einige kühlere Salzbäder (27°—25° R.) zur Abhärtung. Der Kursus muss in hartnäckigen Fällen 1—2 Jahre wiederholt werden. Seebäder, für welche geschützte Badehütten am Strande aufgestellt sind, dürfen Schlammbadende erst nach längerer Pause oder im nächstfolgenden Jahre gebrauchen.

Bei diesen Prinzipien hat sich der Ruf Hapsals und Arensburgs immer weiter verbreitet und es ist wohl zu verstehen, warum die Herren Badeärzte an ihnen festhalten und warum im Publikum allerhand mystische Ansichten über die Heilwirkung des Seeschlammes sich festgesetzt haben. Das Hauptkontingent beider Badeorte bilden Kranke mit Gelenk- und Muskelrheumatismus, Arthritis deformans, Gicht; dann alle kranken Frauen und Mädchen, auch die blutarmen, bleichsüchtigen und neurasthenischen; sodann Kinder mit Konstitutionsanomalien (Rachitis, Skrophulose, Tuberkulose etc.) oder überhaupt Schwächliche und Rekonvaleszenten nach überstandenen Infektionskrankheiten. Alle diese Kranken baden mehr oder weniger Schlamm, die Kinder mit geringerem Zusatz und kühler, die Erwachsenen reichlicher und wärmer; auch wird zu den Bädern gern 5—10 Pf. Seesalz zugesetzt.

Neben den Schlammbädern werden auch Salzbäder — oft mit Zusatz von Fichtennadel-Extrakt verordnet, teils zum Abschluss der Schlammkur, teils selbständig bei anämischen und neurasthenischen Kranken. Diese werden meist etwas kühler (27°—25° R.) genommen. Das kalte Seebad spielt, wie gesagt, in beiden Badeorten nur eine nebensächliche Rolle.

Gestatten Sie mir nun, meine H. K., auf den Seeschlamm selbst etwas näher einzugehen. Auf dem II. Aerztetage hatte ich bereits die Ehre, über die Resul-

tate der chemischen Untersuchungen des Hapsalschen und Arensburg'schen Badeschlammes durch den Dorpater Prof. der Chemie Carl Schmidt zu berichten. Von 55,5 Teilen fester Substanz entfallen darnach ca. 49 Teile auf Lehm und Sand, und zwar von letzterem um so weniger, je reiner der Schlamm über dem Sande abgeschöpft ist. Jod und Brom war nicht vorhanden, wohl aber SH_2 als Endprodukt der Umsetzung der schwefelsauren Meersalze. Als weiteren Beweis, dass Tonerde der Hauptbestandteil des Seeschlammes sei, legte ich den H. K. Proben von aus Badeschlamm gebrannten Ziegeln vor. Sie ähnelten in Aussehen und Farbe den gewöhnlichen Lehmziegeln, waren aber brüchiger, poröser und auf der Bruchfläche traten die verbrannten Pflanzenwurzeln zutage. Wenn wir also sagen: das Schlammbad ist ein flüssiger Kachelofen, so ist das keine rednerische Hyperbel, sondern nackte Tatsache. Die vermodernde organische Substanz lockert den Lehm auf, infolgedessen er sich so vorzüglich aufschwemmt.

Wenn man den mikroskopischen Diatomeen eine hautreizende Wirkung zuschreiben will (vergl. Handb. d. physikal. Therapie v. Goldscheider und Jacob pg. 556), so ist diese Wirkung in praxi jedenfalls nicht nachweisbar, da das Reiben mit dem glatten Schlamm nicht die geringste Hautrötung hervorruft, vorausgesetzt, dass man ihn nicht heiss anwendet.

Der Zusatz von SH_2-gas macht aber den Schlamm leider für empfindliche Nerven unleidlich und — wir werden zugeben müssen — für schwächliche und anämische Konstitutionen nicht unbedenklich, denn SH_2, das Kloakengas, ist ein starkes Gift, das wir gewohnt sind streng von uns fern zu halten. Eine spezifische Wirkung des S bei der Syphilis anzunehmen, erscheint nicht mehr zeitgemäss. Neisser will sogar die Schwefelbäder bei Hg-kuren vermeiden, weil der S das Hg binde. Anstatt also dem Seeschlamm mystische chemische Wirkungen zuzuschreiben, müssen wir im Gegenteil verlangen, dass er chemisch indifferent sei, damit er auch bei längerem Gebrauch seine hervorragende physikalische Eigenschaft, viel Wärme zu binden und langsam abzugeben, ungestört entfalten könne. Dass der vermehrte Druck des sehr schweren Mediums dabei eine grosse Rolle spielt, ist sehr wahrscheinlich.

Um die Frage zu entscheiden, wie ein guter Seeschlamm beschaffen sein müsse, tun wir gut uns anzusehen, welcher Art der Seeschlamm ist, welcher an anderen Badeorten gebraucht wird. Ich lege Ihnen hier Proben vom italienischen Seeschlamm, Fango genannt, vor, der sich in Deutschland schnell beliebt gemacht hat und von dem in Schweden und Finnland gebräuchlichen, den H. Kollege Stillmarck soeben aus Helsingfors mitgebracht hat. Auf den ersten Blick fällt die grosse Aehnlichkeit mit unserem Seeschlamm auf. Es muss uns das einerseits zur Beruhigung dienen, dass der Ruf unseres Schlammes wohlbegründet sei, andererseits zeigt uns die nähere Betrachtung der auswärtigen Schlammsorten den grossen Fortschritt, den die physikalischen Eigenschaften des Schlammes durch seine Bearbeitung erfahren haben. Der Fango ist eine dicke, homogene Masse und absolut geruchlos. Beim Anfühlen fällt die glatte, Schmierseife ähnliche Beschaffenheit auf. Wir begreifen, warum diese Masse beim Publikum gern zu Umschlägen benutzt wird, denn sie lässt sich auf jeden Küchenherd leicht mit etwas Wasser zu einem heissen Brei anrühren, ohne den geringsten Geruch zu verbreiten. Dem Fango sehr ähnlich erscheint der schwedische Badeschlamm. Wir haben also wohlbegründete Ursache bei der Bereitung unseres Badeschlammes diesem Beispiele zu folgen.

Die Indikation der Schlammbäder lässt sich also, wie sich aus dem Gesagten ergiebt, von der Indikation der heissen Bäder überhaupt nicht trennen. Die 1881 im Ziemssen'schen Lehrbuch der Therapie erschienene Hydrotherapie von Winternitz ist auch in die neueren Lehrbücher von Eulenburg und Samuel (1894) und Goldscheider und Jacob (1901) aufgenommen und es muss uns von Bedeutung sein, dass Winternitz trotz seiner langjährigen Erfahrung seinen früheren Standpunkt der Kaltwasserbehandlung bis heute behauptet. Immerhin sagt er (pg. 501) «Dass Wärmeapplikationen und Wärmekuren, lokale und allgemeine, oft mit Nutzen das Indikationsgebiet erweiternd, die Wirksamkeit erhöhend, mit hydriatischen Prozeduren zweckmässig zu verbinden sind, ist eine vielseitig konstatierte Tatsache. Fango-, Moor-, Heissluft-, elektrische Licht- und Sonnenbäder etc. erheischen oft unabweislich eine solche Verbindung». Also nur in Verbindung mit Kaltwasserkuren lässt er die warmen gelten. Auch Friedländer in der Bearbeitung der Thermotherapie im Lehrbuch von Goldscheider und Jacob sagt es nicht anders: «Von grosser Wichtigkeit ist die Vereinigung von Kälteprozeduren mit der Hitze. Je stärker und länger wir die Hitze haben einwirken lassen, desto kälter muss die hydrotherapeutische Schlussprozedur sein». Die Frage, ob warm oder kalt, beantwortet sich also gemeiniglich dahin: beides, und es ist Sache der Beurteilung eines jeden speziellen Falles zu entscheiden, worauf das Hauptgewicht zu legen sei. Auch die Beschaffenheit des Sommers scheint mir dabei von Wichtigkeit. In einem heissen Sommer, wo die Patienten ohnehin viel schwitzen, können wir ihnen eher kühlere Seebäder gönnen, während die heissen Bäder in einem kühlen Sommer besser vertragen werden. Wenn die Japaner im Winter heiss baden, so sind sie durch ihre papierenen Häuser dazu gezwungen. Sie heizen ihren eigenen Körper, da die Wohnungen nicht heizbar sind. Andererseits bewirken ihre im Winter kalten Wohnungen, dass sie sich durch die heissen Bäder nicht verzärteln. Wir Nordländer fühlen in unseren warmen Wohnungen das Bedürfnis kühl zu schlafen und uns kalt zu waschen, um uns gegen die kalte Witterung abzuhärten. Winternitz lehrte eine warme Prozedur vorausschicken, eine Wärmestörung im Körper herbeiführen, um dann die Kaltwasserprozedur unbeschadet vornehmen zu können. Wir kühlen uns vor dem kalten Seebade nicht mehr vollständig ab, sondern gehen mit warmem Körper in das kalte Seewasser, andererseits lassen wir auf den Dampfkasten etc. kalte Uebergiessungen folgen.

Die Schlammbäder scheinen mir nicht geeignet, um eine allgemeine Wärmewirkung zu erzielen. Der üble Geruch, das hässliche Aussehen, die hohen Kosten stehen dem entgegen. Die modernen Schwitzkasten mit Heissluft, Dampf oder elektrischem Licht erfüllen diese Indikation besser und billiger.

Die gegenwärtige Methode der lauwarmen Schlammbäder erinnert einigermassen an den überwundenen Standpunkt, die Kinder bei Infektionskrankheiten 6—8 Wochen im Bett zu halten. Wir haben jetzt Badeprozeduren, die schneller zum Ziel führen. Die Kur auf mehrere Jahre ausdehnen zu wollen, erscheint völlig zweckwidrig, denn der lange Winter liegt dazwischen und bringt neue Schädigungen. Dagegen eignet der Schlamm sich vorzüglich zu lokalen Einreibungen, Aufschlägen etc. Wir können ihn in Säcke tun und die kranken Glieder hineinstecken. Dabei können wir die Temperatur so heiss nehmen als die Haut es verträgt.

Anstatt zu verlangen, dass die Kinder stundenlang in den warmen, mehr oder weniger übelriechenden Badeanstalten zubringen, sollten wir sie lieber in der frischen Seeluft sich tummeln und von der Sonne bescheinen lassen. Schlammpackungen könnten, wo nötig, immerhin

abends im Bett vorgenommen werden; nur müsste unser Schlamm dem Fango ähnlich bereitet werden. Die vorzüglichen Heilresultate der Kindersanatorien auf den Nordseeinseln müssen uns hierbei die Direktive geben. Hoffen wir, dass auch in Hapsal oder Arensburg ein das ganze Jahr hindurch geöffnetes Kindersanatorium entstehen werde. Der Seeschlamm würde aber weniger dabei eine Rolle spielen als das milde Seeklima und die chirurgische Behandlung.

Von den kranken Frauen könnten manche im warmen Sommer aus der geschützten Badehütte kalt baden. Die allgemeine Kräftigung, die Anregung des Stoffwechsels beeinflussen auch das Frauenleiden günstig und gestatten, wo nötig, auch eine kräftigere gynaekologische Massage. Gestattet die Witterung die offenen Seebäder nicht, müssen entsprechende kühle Badeprozeduren an die Stelle treten. Sollen durchaus Schlammbäder gebraucht werden, so kann abends unbeschadet noch ein heisses Schlammsitzbad in einer bequemen Holzwanne genommen werden mit nachfolgender kühler Uebergiessung.

Fassen wir das bisher Gesagte zusammen, so müssen wir sagen, dass der Seeschlamm sich zu Vollbädern nicht sonderlich eignet. Das in Schweden übliche Verfahren, den blossen Körper mit heissem Schlamm zu bearbeiten und dann kühl zu übergiessen, erscheint demgegenüber rationeller. Wollen wir dennoch Schlamm-Vollbäder geben, so müssen sie heisser und von kürzerer Dauer sein, was nur bei kräftigen Männern anwendbar ist. Frauen sollten nur Schlammpackungen oder Schlammsitzbäder bekommen. Kinder sollten gar nicht Schlamm baden, sondern, wo nötig, nur Schlammpackungen bekommen.

Wir haben es in praxi meist mit verweichlichten Naturen zu tun, die sich sogar vor der warmen Sommerluft fürchten. Die beim Publikum beliebten und von den Aerzten gern verordneten warmen Bäder steigern diese Empfindlichkeit zum Schaden der Patienten.

An der Luft- und Wasserscheu der Patienten scheitern aber oft die bestgemeinten ärztlichen Verordnungen und so geht ein Sommer nach dem anderen ungenützt vorüber.

Um die Frage zu entscheiden, welche Patienten sich speziell für Hapsal und welche für Arensburg eignen, ist es nötig die Eigentümlichkeiten beider Orte in's Auge zu fassen.

H a p s a l liegt, durch umliegende Inseln und Wälder geschützt in einer flachen Meeresbucht, wie eine Hand mit gespreizten Fingern in einer Schüssel mit warmem Wasser. Die Häuser liegen oft direkt am Wasser oder nur durch einen schmalen Promenadenweg davon getrennt. Es findet dadurch ein sehr vollständiger Ausgleich der Land- und Wassertemperatur statt, sodass die Nacht hindurch die Temperatur wenig sinkt, im Sommer daher meist kein Tau fällt. Ein solches Klima eignet sich für das zartere Kindesalter. Wir werden also mit Vorteil alle rachitischen, tuberkulösen und in der Rekonvaleszenz befindlichen Kinder, die chlorotischen Mädchen, die durch Blutverluste etc. geschwächten Frauen hierher dirigieren, nicht um Schlammbäder zu brauchen, sondern des milden Klimas willen. Von den Erwachsenen, bei welchen speziell Schlammgebrauch angezeigt ist, wären es die schwereren und mit grosser Schwäche verbundenen Fälle von Rheumatismus, Gicht etc., welche hierher tendieren.

Dem gegenüber hat A r e n s b u r g ein ausgesprochenes Seeklima. Seine wenig geschützte Lage bedingt es, dass dort beständig ein frischer Seewind weht. Hierher werden wir also mit Vorteil diejenigen Kinder mittleren Alters (Schulkinder) schicken, die einer Kräftigung und Abhärtung bedürfen, wo z. B. Drüsen- und Knochenerkrankungen den Verdacht auf Skrophulose und Tuberkulose nahe legen. Als Kurmittel käme hier im wesentlichen das kalte Seebad in Betracht.

P e r n a u nimmt mit seiner nach Süden offenen flachen Bucht mit festem sandigem Meeresboden, seinen reichlichen Parkanlagen, seiner gut eingerichteten Badeanstalt (auch Hydrotherapie und Orthopädie) eine Mittelstellung ein, sodass es gern von Familien aufgesucht wird, deren sämtliche Glieder dabei ihre Rechnung finden.

Eine leichte Art, die Luxation der Ulna einzurenken.

Von
Dr. Th. K ü g l e r,
in Neuenburg (Kurland).

Vor etwa einem Jahre erschien bei mir ein Weib mit starkgeschwollenem rechten Arm. Die Knochen waren nicht durchzufühlen. Sie schob die Ursache auf einen Fall vor zwei Tagen. Die Stellung des Unterarmes sprach deutlich für Luxation der Ulna radialwärts. Da Repositionsversuche bei der starken prallen Schwellung sehr schwierig, auch die Diagnose nicht sicher war, so liess ich die Frau sich lagern und suspendierte den Arm mit Hilfe einiger Heftpflasterstreifen.

Am anderen Tage hatte die S c h w e l l u n g s e h r a b g e n o m m e n, so dass ich jetzt die Diagnose bestätigen konnte. Es erfolgte nun etwas sehr unerwartetes, aber angenehmes.

Bei e i n e m g a n z l e i c h t e n D r u c k auf das nach aussen liegende und von dem nach vorn verschobenen Radiusköpfchen bedeckte Olekranon glitt es in seine Lage und die sonst so schwierige Einrenkung war erfolgt.

Vor einigen Tagen kam nun ein ganz ähnlicher, aber frischer Fall vor: Ein starker Mann, an dessen rechtem Ellenbogen man deutlich das nach aussen verschobene Olekranon fühlen konnte. Dabei die entsprechende Stellung des Unterarmes. Da der Mann infolge heftiger Schmerzen stark spannte, so wäre die Einrenkung ohne Chloroformierung nicht gelungen. Ich verzichtete deshalb ganz auf den Versuch, und suspendierte den Arm.

Nach einigen Stunden hatten Schmerz und Muskelspannung völlig nachgelassen. Nachdem ich dem Mann energisch zugesprochen hatte, bei Berührung nicht etwa von neuem anzuspannen, da ich ihm nur so eine schmerzlose Einrenkung in Aussicht stellen könne, übte ich, das Ellenbogengelenk von hinten leicht umgreifend, mit Zeige- und Mittelfinger e i n e n l e i c h t e n D r u c k a u f d a s K ö p f c h e n des Olekranon aus. Wieder g l i t t e s s o f o r t b e i m e r s t e n V e r s u c h g a n z l e i c h t a n s e i n e n o r m a l e S t e l l e, und die Einrenkung war vollzogen.

Es wäre interessant, die Wirkung der Suspension auf andere Luxationen, zum Beispiel die des Oberschenkelkopfes nach hinten, zu versuchen. Ich habe dazu leider noch keine Gelegenheit gehabt. Die günstige Wirkung dieser Methode beruht offenbar auf der Aufhebung der Muskelspannung. Die Kollegen, denen es etwa auf diese Weise gelungen sollte, eine Einrenkung auszuführen, werden dringend ersucht, darüber an die Redaktion der Pet. med. Wochenschrift zu berichten.

Referate.

R. Emmerich: Ueber die Beurteilung des Wassers vom bakteriologischen Standpunkt. Zeitsch: f. Untersuchung der Nahrungs- und Genussmittel. 8. Bd. 1 Heft. 1904.

R. Koch: Die Bekämpfung des Typhus. (Veröffentlich. a. d. Gebiete d. Milit.-Sanitätswes. Herausg. v. Kgl. Preuss. Kriegsministerium. Heft 21. 1903).

Den Typhusbazillus, ebenso den Cholera- und Malaria-Mikroorganismus, hält Koch für einen obligaten Bazillus, er kann sich nur im tierischen Organismus erhalten und vermehren, ausserhalb desselben geht er bald zugrunde. Dass der Typhusbazillus jahrzehnte lang im Boden eingenistet leben kann, hält Koch für unmöglich, er giebt nur zu, dass er einen Winter hindurch auf den Feldern lebend sich erhalten kann, wenn er durch Latrineninhalt dahin gekommen, viel länger aber nicht. Im Wasser halten sich Typhusbazillen nur kurze Zeit, somit kann die Ansteckung nur dann erfolgen, wenn das Wasser frisch infiziert gewesen. Die grossen Epidemien entstehen durch plötzliches Eindringen von Typhusfäkalien in Brunnen oder in die Wasserleitung aus nächster Nähe. Die sporadischen Fälle aber beruhen auf Intakt-Infektion, d. h. die Infektion war immer von einem Menschen direkt auf den anderen übertragen. Die Typhuskeime stammen nur von den Kranken, finden sich vorherrschend in Faeces und im Urin und können beim Verlassen des Hospitals noch monatelang ausgeschieden werden. Interessant in dieser Beziehung ist der Fall, den Dr. Dönitz im Koch'schen Institut mir mitteilte: Acht Monate, nachdem ein typhuskranker Arbeiter das Hospital verlassen, erkrankte seine Frau und bei der bakteriologischen Untersuchung des Urins fanden sich Typhusbazillen! In den Militär-Hospitälern Preussens und Oesterreichs werden die Kranken nur dann ausgeschrieben, wenn die bakteriologische Untersuchung der Faeces und des Urins keine Bazillen mehr aufweisen. Die bakteriologische Untersuchung wird nach der Methode von Konradi und Drigalski ausgeführt; man ist imstande nach 24 Stunden die Diagnose zu stellen. Urotropin hat sich als ein sehr bedeutendes Mittel zur Vernichtung des Bazillus im Urin erwiesen. Der erfolgreiche Kampf mit dem Typhus besteht also in der strengen Desinfektion der Faekalien und des Urins.

Emmerich geht noch weiter in der Beurteilung des Wassers bei der Entstehung von Typhus- und Choleraepidemien durch Brunnen- oder Flusswasser, E. glaubt, dass er imstande ist, einen bakteriologischen Beweis dafür erbringen zu können, dass die Entstehung auf diesem Wege nicht möglich sei. Im Laufe von 20 Jahren wurden gelegentlich des Vorkommens von Typhusepidemien hunderte von Wasserproben aus Brunnen, welche Typhusepidemien verursacht haben sollten, im hygienischen Institut in München bakteriologisch untersucht, aber nicht ein einziges Mal konnten Typhusbazillen in dem verdächtigten Wasser nachgewiesen werden. Aus folgenden Gründen hält Emmerich es für höchst unwahrscheinlich, dass Typhus- und Cholerabazillen in einem Brunnen länger als 48 Stunden nachweisbar sind, auch wenn ein ganzer Typhusstuhl in einen Brunnen gelangt. Bringt man nämlich grössere Mengen von Typhusbazillen in Fluss-, Leitungs- oder Brunnenwasser, so werden sie rasch in grosser Zahl vernichtet. 1 Ccm. Leitungswasser enthielt sofort nach Zusatz 10.543.000 Typhusbazillen, nach 24 Stunden 1.800.000, nach 48 Stunden 0. Ganz anders verhalten sich die Typhusbazillen in Wasserproben, wenn diese vor Zusatz der ersteren durch 1-stündiges Erhitzen in strömendem Dampf sterilisiert worden. 1 Ccm. Leitungswasser enthielt sofort nach Zusatz 13.000.000 Typhusbazillen, nach 24 Stunden 13.000.000, nach 48 Stunden 9.000.000. In sterilisiertem Wasser werden also die Typhusbazillen nicht vernichtet, sie bleiben darin in der ursprünglich eingesäten Menge wenigstens mehrere Tage lebend und entwickelungsfähig.

Durch das Sterilisieren (Erhitzen in strömendem Dampf) wird also irgend etwas im Brunnen- oder Flusswasser zerstört, was vorher vernichtend auf Typhusbazillen wirkte. Emmerich und Gemünd haben nun in jedem Wasser lebende Organismen gefunden, zwei Arten geisseltragender Flagellaten: Bodo saltans und Bodo ovatus, welche in äusserst lebhafter Bewegung das Wasser durchschwimmen und die Typhusbazillen auffressen und verdauen. Während die pathogenen Bakterien im menschlichen Blute rapid sich zu vermehren vermögen, derart, dass in wenigen Stunden aus einem Keim Millionen entstehen, können die Blutphagocyten sich nur langsam vermehren. Im Wasser ist gerade das Umgekehrte der Fall; im Wasser vermehren sich fortwährend die Flagellaten, während sich die pathogenen Bakterien darin nicht zu vermehren vermögen.

Die Flagellaten finden sich in jedem natürlichen Wasser, selbst in Berg- und Waldquellen. Ihre Keime müssen in der Erde schlummern, bis sie von den Fluten dahingetragen, zu Millionen kleinster aber ausserordentlich bedeutungsvoller Organismen sich entwickeln und vermehren.

Nach E. kann die Verschleppung der Typhusbazillen auch durch Mücken geschehen, ferner werden sekundäre Herde möglich durch zahllose Tiere, wie Ratten, Mäuse, Asseln, Regenwürmer, Schnecken, Tarakanen u. a. m.

Unterberger.

Protokolle des XVII. Aerztetages der Gesellschaft Livländischer Aerzte zu Arensburg vom 10.—12. Aug. 1905.

II. Sitzung, d. 11. August 1905.

4. Diskussion über den Vortrag des Herrn Dr. O. Koppe über die Indikationen der Schlammbäder. (Der Vortrag ist an der Spitze der heutigen Nr. abgedruckt.)

Dr. J. Arronet spricht sein Bedauern aus, dass die Vorträge über Schlamm nicht am selben Tage stattgefunden haben, da Arronets Vortrag in extenso die Wirkung der Schlammbäder von einem anderen Gesichtspunkte beleuchtet habe. Die empirisch festgestellte Tatsache der spezifischen Wirkung lässt sich nicht ableugnen; eine solche sieht man in Arensburg täglich, namentlich an Kindern mit Knochen-, Gelenk- und Drüsentuberkulose. Deswegen genügt es nicht, die Wirkung der Schlammbäder auf die Wirksamkeit der chemisch - physikalischen Momente derselben zurückzuführen, geschweige denn, wie Dr. Koppe es darstellt, die Konsistenz, resp. das spez. Gewicht des Schlammes als heilendes Agens hinzustellen. Arronet meint, dass bei den Schlammkuren etwas mitspielt, was wir bislang noch nicht bestimmen können. Im übrigen verweist er auf seinen Vortrag: Schlammbäder und Radioaktivität.

Dr. O. Koppe: Um über die Wirkung der Kuren in Arensburg und Hapsal zu urteilen, müssen sie mit den Erfolgen der Seesanatorien verglichen werden, welche besonders auf den Nordseeinseln sehr beachtenswert sind.

Dr. A. v. Sass: Was die Behauptung Koppes anbetrifft, dass der Schlamm im wesentlichen Lehmbrei sei, so sei zuzugeben, dass das in chemischer Beziehung zutrifft, jedoch nicht in physikalischer Beziehung, da der Schlamm eine gallertige Konsistenz besitzt. Der Schwefelwasserstoff lässt sich nicht aus dem Schlamm entfernen, selbst nicht nach jahrelangem Liegen, was sich daraus erklärt, dass das im Schlamm vorhandene Schwefeleisen noch fortwährend Schwefelwasserstoff entwickelt. Eine Allgemeinwirkung der Schlammbäder, besonders bei Skrophulose, müsse jeder unbefangene Beobachter zugeben. Eine Verweichlichung der Patienten durch die Schlammbäder trete erfahrungsgemäss nicht ein; im Gegenteil, die Disposition zu Katarrhen, Drüsenschwellungen, Anginen nehme ab. Die Wirkung der allgemeinen Schlammbäder auf Skrophulose sei evident und, so weit vergleichende Beobachtungen von Wert sind, dem alleinigen Aufenthalt am Strande mit Seebädern vorzuziehen. Wie sollte ferner die lokale Wirkung des Schlammes auf Beckenexsudate erklärt werden, wenn man nur eine physikalische Wirkung annähme? Es müsse sich um eine spezifische Wirkung handeln, die für's erste nicht zu erklären sei.

Dr. O. Koppe: So viel ihm bekannt ist, wird in den Seesanatorien auf den Nordseeinseln kein Seeschlamm angewandt; und doch werden dort bei den erwähnten Krankheiten schöne Erfolge erzielt.

Dr. L. Buchholtz bittet ihn aufzuklären, in wie weit der Schwefelgehalt des Schlammes der Bäder von Hapsal, Arensburg und Pernau verschieden ist. Ferner stellt er die Frage, ob ungünstige Wirkungen auf das Herz von älteren Rheumatikern, auf Schwefelwasserstoffwirkung beruhend, von den Kollegen beim fortgesetzten Gebrauch der Schwefelschlammbäder zuweilen beobachtet worden sind.

Dr. O. Koppe: Der grössere oder geringere Schwefelwasserstoffgehalt scheint von dem Grade der Konzentration des Seewassers abzuhängen, d. h. ob die Schlammbildung in, der Sonne ausgesetzten Buchten, welche hin und wieder vom Seewasser überschwemmt werden, oder in tiefem Wasser der Flussmündungen vor sich gehe. Schwefelbäder scheinen im

ganzen nicht viel schlechter als Schlammbäder vertragen zu werden. Dass sie besonders wirksam seien, namentlich bei Lues, muss angezweifelt werden. Bei Hautkrankheiten mögen sie nützlich sein. Neisser will sie bei Quecksilberbehandlung vermieden wissen, weil der Schwefel das Quecksilber unlöslich bindet.

Stadtarzt Meywald möchte zum Vortrage von Dr. Koppe bemerken, dass zwischen der blossen Wirkung von Seeklima und der Wirkung der Schlammbäder doch ein Unterschied zu konstatieren sei. Arensburger Kinder, die doch beständig das Seeklima geniessen, erkranken auch an Skrophulose und finden beim Gebrauch von Schlammbädern Besserung und Heilung. Der Schlamm muss also spezifische heilende Wirkungen besitzen.

Zur Hilfeleistung für notleidende baltische Kollegen.

(cfr. den Aufruf der Redaktion in Nr. 2 d. J.)

Wir haben aus Dorpat unter dem 29. Januar vom Vorsitzenden der Livländischen Abteilung des St. Petersb. ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe, Herrn Dr. H. Truhart, eine Zuschrift erhalten, der wir folgendes entnehmen:

....«Von dem Gesichtspunkte ausgehend, dass es allem zuvor not tut, auf sicherer Basis festzustellen, in welchem Umfange das durch die Revolution und die Mordbrennereien herbeigeführte Elend auch die auf dem Lande praktizierenden Aerzte und deren Familien betroffen, hat der Vorstand der Livländischen Abteilung des ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe es sich zunächst angelegen sein lassen, sich durch eine Enquête über die Sachlage genau zu informieren. Zu diesem Zwecke wurde vor ca. 3 Wochen ein Zirkular an alle 27 in Livland und Kurland meist in den Städten domizilierenden Vertrauensärzte des Vereins, sowie aber auch an die Revaler Abteilung desselben Vereins mit der Bitte gesandt, den Vorstand mit den nötigen Daten darüber versehen zu wollen, ob in ihrem betreffenden Bezirke, resp. ob in der Provinz Estland «Kollegen oder deren Familien durch die revolutionäre Bewegung an ihrem Eigentum geschädigt worden oder auch durch die Aufgabe ihrer Praxis in schwere Bedrängnis geraten sind» und, falls solches der Fall ist, durch umfassende und eingehende Erkundigungen eruieren zu wollen, wie gross der materielle Verlust (Immobilien, Inventar, Equipagen, Pferde, Vieh, Instrumentarium etc.) gewesen ist, ob sie Vermögen besitzen oder aller Mittel beraubt sind, wie gross ihre Familie ist etc., kurzum — in welchem Grade sie unterstützungsbedürftig sein sollten».

Diese Enquête hat noch lange nicht ihren Abschluss gefunden und doch stellt sich schon jetzt das Resultat heraus, dass die Notlage alle Voraussetzungen übertrifft, ja so gross ist, dass selbst weitgehendste Opferfreudigkeit und Hilfsbereitschaft nur in bescheidenstem Massstabe imstande sein werden, die Not zu lindern. Zur Illustration mögen einige von den relativ nur spärlichen, bis heute uns zugegangenen Daten hier Platz finden:

1) Durch Mord sind der Revolution 3 Aerzte zum Opfer gefallen: Dr. Halicki, ein unverheirateter Arzt aus Riga, der nur besuchsweise auf dem Lande sich aufhielt, Dr. Katterfeld in Kurland und Dr. Löwenberg in Südlivland, welche Letzteren beide die Ernährer ihrer Familien waren und noch erziehungsbedürftige Kinder zurückgelassen haben.

2) Durch die Flucht haben viele Landärzte nur ihr eigenes und das Leben von Weib und Kind retten können. Nordlivland, und zwar der Dörptsche, Werro'sche und Pernau-Fellinsche Kreis, desgleichen in Kurland der Jakobstadtsche Kreis sind glücklicherweise wenigstens von Mordbrennereien fast ganz verschont geblieben. Nach Dorpat ist ein Arzt mit vollständiger Ungewissheit über das Schicksal seines Hab und Gutes auf dem vor einem halben Jahre vollständig eingerichteten Doktorat (in Südlivland), nach Reval sind 4 Aerzte mit ihren Familien, nach Riga 6 Aerzte geflüchtet, um, nachdem sie fast alles, was sie bisher erworben und besessen, verloren haben, wiederum von «A» anzufangen und sich einen neuen Wirkungskreis zu suchen, unter ihnen Aerzte mit grosser Familie, einer sogar mit 6 noch schulpflichtigen Kindern. Es würde zu weit führen, die materiellen Verluste, die die einzelnen erlitten haben, hier im Detail aufzuführen; es sei beispielsweise nur angegeben, dass ein Familienvater laut detailliertem Bericht einen Vermögensverlust von 9600 Rbl. (inklusive Apotheke und Krankenhauseinrichtung), ein anderer einen Verlust an Inventar von 1070 Rbl. gehabt usf. Sie alle, zum Teil schon ältere Männer, sind ihres Erwerbes vollständig verlustig gegangen, und müssen arbeitslos auf fremdem Boden unter schwerster Konkurrenz in den von Aerzten überfluteten städtischen Zentren sich mühsam das tägliche Brod für ihre darbenden Familien suchen.

3) Einer dritten Kategorie der in schwere Bedrängnis geratenen Kollegen gehören die Aerzte auf dem Lande an, welche zumeist von «Gutsverbänden» kontraktlich auf ein jährlich fixiertes Honorar engagiert und zum Teil auch von den Gemeinden, sei es mit jährlich zu entrichtenden Pauschelsummen, sei es mit Naturalien (Mehl, Hafer, Stroh) honoriert wurden, und die, nachdem die Gutshöfe abgebrannt worden und die Gutsbesitzer flüchtig geworden waren, gegenwärtig ihrer Jahresfixa verlustig gegangen sind, da Jene nach Verheerung ihrer Gutsgebäude und Höfe nunmehr selbst in schwersten Notstand geraten, zufolge der vis major ausserstande sind, gegenwärtig und wohl auch für die absehbare Zukunft ihre den Aerzten gegenüber kontraktlich eingegangenen Verbindlichkeiten einzuhalten. Zum Teil müssen diese Aerzte, von den Gemeinden gezwungen, auf ihrem Posten verharren, obgleich sich jene weigern, ihnen ein Honorar und die versprochenen Naturalien zu liefern; ja manche Aerzte wurden sogar gewaltsam gezwungen, als ein von jenen gebildetes «temporäres Rotes Kreuz» die revolutionierenden Mordbanden auf dem Streifzügen zu begleiten, um die erforderliche ärztliche Hilfsleistung auszuüben: so beispielsweise 3 Aerzte aus dem Rujenschen beim Zuge der Aufständischen nach Tignitz und Pernau.

Nur spärlich sind bisher von unseren Vertrauensärzten detaillierte Berichte eingelaufen; wenn wir aber ins Auge fassen, dass im Jahre 1905 in Livland 101, in Kurland 64, und in Estland 20 Landärzte ihre Praxis ausübten, so lässt sich schon an diesen bisher so lückenhaften Berichten ermessen, wie gross die Gesamtnotlage der Kollegen in unseren baltischen Provinzen ist und man fragt sich verzweifelt: wo sollen die Mittel herkommen, um dieses Elend zu mildern? Aus Deutschland sind zur Linderung der Not der Deutschen im Reich und im Baltenlande relativ reiche Mittel zugeflossen: über diese hat das «Zentrale Baltische Notstandskomitee» zu verfügen; wir haben bisher noch nicht gehört, ob hierbei auch der verarmten Aerzte gedacht worden ist. Um über diese Frage genaue Auskünfte zu erhalten, hat sich unser Vorstand soeben mit dem Notstandskomitee in Relation gesetzt. Ferner sind von seiten der Regierung 11 Millionen, aber nur zur Entschädigung der Verluste der Gutsbesitzer, bestimmt worden.».....

Vorstehender dankenswerter Zuschrift von zuständiger Seite haben wir gern Raum gegeben, weil die darin enthaltenen erschütternden Daten, die zunächst nur einen vorläufigen Massstab für den Umfang der tatsächlich vorhandenen Not abgeben können, geeignet sind unsern Appell an die Hilfsbereitschaft unserer Leserkreise nachdrücklich zu unterstützen. Ueber die bei der Redaktion bereits eingegangenen, sowie über fernere Beiträge zum Besten der notleidenden baltischen Kollegen soll an dieser Stelle fortlaufend quittiert werden.

D. Red.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Zwei bekannte deutsche Professoren, der Direktor der Frauenklinik der Universität Marburg, Dr. F. Ahlfeld, und der Direktor des anatomischen Instituts in Greifswald, begingen in den ersten Tagen des Februar-Monats ihr 25jähriges Professoren-Jubiläum.

— Zum Korpsarzt des 4. Armeekorps ist der bisherige Oberarzt des Neugeorgiewschen Militärhospitals Dr. Agapitow und zum Korpsarzt des 5. Armeekorps der bisherige Divisionsarzt der 54. Inf.-Division Dr. Bronnikow ernannt worden.

— Der bekannte Chirurg Prof. Dr. Lannelongue in Paris, welcher auf dem letzten internationalen medizinischen Kongress in Paris als Präsident fungierte, ist zum Mitglied des französischen Senats gewählt worden.

— Prof. Dr. E. v. Bergmann wird, wie die Berliner Blätter berichten, am internationalen medizinischen Kongress

in Lissabon nicht teilnehmen, da ihn anderweitige Verpflichtungen daran verhindern. Er hat daher den Vorsitz im deutschen vorbereitenden Komitee niedergelegt.

— Eine neue Forschungsreise Prof. Robert Kochs. Wie aus Berlin verlautet, wird Prof. Koch voraussichtlich Anfang April als Leiter der von der deutschen Reichs-Regierung geplanten Expedition zur Erforschung der Schlafkrankheit nach Deutsch-Afrika sich begeben.

— Der Direktor der medizinischen Klinik an der Universität Göttingen, Prof. Dr. Wilhelm Ebstein, wird mit dem Ende des nächsten Semesters von seinem Lehramte definitiv zurücktreten. Er erreicht im November d. J. sein 70. Lebensjahr.

— Dem praktischen Arzt in Berlin Dr. J. Siegel ist zur Förderung seiner Untersuchungen über die Aetiologie der Syphilis und anderer Krankheiten aus der vor kurzem begründeten Adolph Salomonsohn-Stiftung eine Subsidie im Betrage von 2000 Mark gewährt worden.

— Die Gesellschaft zur Förderung deutscher Wissenschaft, Kunst und Literatur in Böhmen hat den zur Erinnerung an ihren Gründer gestifteten Professor Philipp Knoll-Preis (2000 Kronen) für die besten Arbeiten der letzten Jahre auf dem Gebiete der theoretischen Medizin dem Professor der Anatomie an der Universität in Prag Dr. Hugo Rex und dem Professor der Physiologie am Physiologischen Institut in Prag Dr. Eugen Steinach verliehen.

— Dr. R. Pierson, welcher seit 21 Jahren der bekannten Heilanstalt für Gemüts- und Nervenkranke Lindenhof bei Dresden vorstand, hat jetzt die ärztliche Leitung seines Sanatoriums an Dr. F. Lehmann abgegeben und wird sich nunmehr auf eine ärztlich beratende Tätigkeit beschränken.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 21. Januar in St. Petersburg einer der ältesten Aerzte unserer Stadt Dr. Alexander Steinberg im Alter von nahezu 80 Jahren. Seine ärztliche Tätigkeit hatte der Verstorbene vor 53 Jahren begonnen. 2) In St. Petersburg am 20. Januar der jüngere Arzt des 92. Inf.-Reg. Dr. Peter Shdanow im 40. Lebensjahre. Die Venia practicandi hatte er i J. 1894 erlangt. 3) In Moskau der Arzt der II. Mandschurischen Armee Dr. W. P. Jakimow im 38. Lebensjahre nach 12jähriger praktischer Tätigkeit. 4) Am 25. Januar in Charkow der Professor der pathologischen Anatomie Dr. Wladimir Krylow im 65. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war ein Schüler der ehemaligen mediko-chirurgischen Akademie. an welcher er 1868 den Kursus absolvierte und dann zur weiteren Ausbildung belassen wurde. Nach Erlangung der Doktorwürde (1870) ging er als Prosektor für gerichtliche Medizin nach Warschau, von wo er einige Jahre später auf den Lehrstuhl der pathologischen Anatomie in Charkow berufen wurde, den er bis zu seinem Lebensende inne hatte. Prof. Krylow hat zahlreiche Artikel, Referate etc. im «Medizinski Wjestnik», in der Moskauer medizinischen Zeitung, im «Wratsch» und anderen russischen medizinischen Zeitschriften veröffentlicht. Bekannt sind auch seine Uebersetzungen aus dem Deutschen der Mittenzweig'schen «Anleitung zur gerichtlichen Obduktion der Leichen für Aerzte, Sachverständige und Untersuchungsrichter», sowie der «Anleitung zur pathologisch-anatomischen Diagnostik und zu Leichenöffnungen» von Prof. Orth. 5) Am 6./19. Januar in Berlin plötzlich der ehemalige Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie an der dortigen Universität Dr. Adolf Gusserow im 70. Lebensjahre. Er war in Berlin geboren und gehörte einer angesehenen Berliner Familie an, in welcher die praktische Medizin heimisch war. Schon der Vater des nunmehr dahingeschiedenen Professors übte in Berlin seinen ärztlichen Beruf aus. Ganz und gar wurzelte Gusserow in seiner Vaterstadt, in der er seine Studien zum grossen Teile absolvierte, und an deren Universität er sich seine wissenschaftlichen Sporen verdiente. Er war ein hervorragender Lehrer und daher an allen Universitäten, an denen er zu wirken berufen war, nämlich in Utrecht, in Zürich, in Strassburg und schliesslich seit 1878 wieder in Berlin, sehr beliebt. Gusserow war weniger literarisch schöpferisch als praktisch tätig. Hier aber beherrschte er das ganze, grosse Gebiet der Geburtshilfe und der Frauenkrankheiten meisterlich. Vor zwei Jahren gab er, obgleich noch recht rüstig, seine Lehrtätigkeit auf; sein Nachfolger ist bekanntlich Prof. Bumm. Prof. Gusserow war auch Mitherausgeber des «Archivs für Gynäkologie». 6) In Leyden (Holland) Professor Rosenstein, einer der hervorragendsten Kliniker und bis vor einigen Jahren ordentlicher Professor an der Leydener Universität. Der Dahingeschiedene war im Jahre 1832 zu Berlin geboren und stand Rudolf Virchow nahe, auf dessen besonderes Betreiben er bereits im Jahre 1865 als Ordinarius an die Groninger Universität berufen wurde. Im Jahre 1872 übernahm er die Professur für klinische Medizin in Leyden. Rosensteins Hauptbedeutung lag auf dem Gebiete der Nierenkrankheiten; hier wirkten seine Arbeiten bahnbrechend. Er fungierte auch als Arzt König Willems III. Grosse Verdienste hat sich Rosenstein durch seine unermüdliche Tätigkeit für die Errichtung von Volkssanatorien für Lungenkranke erworben.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Der Direktor der Breslauer Kinderklinik, Prof. Dr. Czerny, hat den an ihn ergangenen Ruf an die Münchener Universität als Nachfolger des zurücktretenden Professors Dr. v. Ranke abgelehnt. Infolgedessen ist, wie aus Wien gemeldet wird, als Nachfolger Prof. v. Ranke's der Wiener Professor für Kinderheilkunde Dr. Theodor Escherich an erster Stelle in Vorschlag gebracht worden, doch soll es zweifelhaft sein, ob auch Escherich dem Rufe Folge leisten werde.

— Nachem Prof. Dr. Leutert (Giessen) ablehnend geantwortet, hat jetzt Prof. B. Heine, der langjährige erste Assistent von Prof. Lucae an der Klinik für Ohrenkrankheiten in Berlin, die Berufung als ausserordentlicher Professor und Direktor der Poliklinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten an der Universität Königsberg erhalten und angenommen.

— In der Jahresversammlung der bei der Kiewer Universität bestehenden geburtshülflich-gynäkologischen Gesellschaft wurde Prof. Dr. A. Muratow zum Präses wiedergewählt. Neugewählt wurden als Vizepräses der Privatdozent Dr. N. Nejelow, als Sekretär Dr. Bruneau und als Kassierer Dr. Th. Ssawin.

— Der 23. Kongress für innere Medizin findet vom 23.—26. April d. Jahres zu München statt unter dem Vorsitze des Prof. v. Strümpell (Breslau). Als Verhandlungsthema des ersten Sitzungstages ist bestimmt: Die Pathologie der Schilddrüse. Referenten: Herr Friedr. Kraus (Berlin) und Herr Kocher (Bern). Herr Hering (Prag) wird am 2. Sitzungstage ein kritisches Referat über die Unregelmässigkeit der Herztätigkeit erstatten. Vorträge haben bis jetzt angemeldet die Herren: Jacob (Cudowa): Zur fieberlosen Pneumonie der Herzkranken; Friedberg (Berlin): Die Ursache der Geschwülste und ihre Verhütung; Aronsohn (Ems-Nizza): Erhöhter Eiweissstoffwechsel im Fieber u. s. w.; A. Bickel (Berlin): Experimentelle Untersuchungen über die Magensaftsekretion beim Menschen; Pässler (Dresden): Klinische Beobachtungen bei Anurie; Dietlen (Giessen): Ueber normale Grösse und Lage des Herzens; Ebstein (Eisenach): Medizinische Bedeutung Eisenachs; P. Krause (Breslau): Ueber Lipämie im Coma diabeticum. Anmeldungen von Vorträgen sind zu richten an Geheimrat Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Parkstrasse 13. Mit dem Kongresse ist eine Ausstellung von Präparaten, Apparaten und Instrumenten, soweit sie für die innere Medizin von Interesse sind, verbunden. Anmeldungen zur Ausstellung sind zu richten an Professor Friedr. Müller, München, Bavariaring 6.

— Der II. Kongress der Deutschen Röntgen-Gesellschaft findet beschlussgemäss im Anschluss an den Chirurgen-Kongress am 8. und 9. April d. J. in Berlin statt.

Vorläufige Tagesordnung:

Sonntag, den 8. April, vormittags: Geschäftssitzung des Vorstandes.

Montag, den 9. April, vormittags: 1. General-Versammlung, insbesondere Beratung und Annahme der Statuten. 2. Vorträge und Demonstrationen.

Nachmittags: Vorträge und Demonstrationen.

Abends: Projektionsabend und nachher gesellige Zusammenkunft.

Anmeldungen für Vorträge und Demonstrationen sowie Anfragen an den derzeitigen Vorsitzenden, Herrn Prof. Dr. Eberlein, Berlin NW. 6, Luisenstrasse 56, oder den Schriftführer, Herrn Dr. Max Immelmann, Berlin W. 35, Lützowstrasse 72, bis spätestens zum 1. März d. J. erbeten, damit das definitive Programm rechtzeitig fertiggestellt werden kann.

Standesangelegenheiten.

Wie verlautet, ist ein Autonomieprojekt für die St. Petersburger städtischen Hospitäler vollständig ausgearbeitet, das in nächster Zeit der Stadtverordnetenversammlung zur Prüfung und Genehmigung vorgelegt werden soll. Nach diesem Projekt sollen die Chef- und Oberärzte der städtischen Hospitäler für dieses Amt vom gesamten ärztlichen Personal gewählt werden, während das Oekonomiewesen, das bis jetzt der unmittelbaren Leitung der Chefärzte unterstellt war, als mit den ärztlichen Obliegenheiten nicht vereinbar abzusondern geplant wird. Es sollen auch professionelle Schiedsgerichte eingeführt werden. Ausserdem soll eine Delegiertenversammlung in Angelegenheiten der Verwaltung der Krankenhäuser eine wichtige Rolle zuerteilt erhalten.

— Die Verhaftungen von Aerzten wegen Teilnahme an politischen Umtrieben nehmen immer grössere Dimensionen an, so dass nicht allein viele ärztliche Bezirke, sondern auch manche Krankenhäuser, an denen mehrere Aerzte angestellt sind, ohne ärztliche Hülfe geblieben sind. So ist der Präsident des Verbandes der Landschaftsangestellten des Moskauer Kreises, Dr. Smirnow, der sich den Anordnungen des Landschaftsamtes, das seine Entlassung verfügte, nicht unterwerfen wollte, verhaftet. Da nun Dr. Smirnow die Landschaftsheilanstalt im Kirchdorfe Mytischtschi leitete und der andere Arzt dieser Heilanstalt Dr. Latuchin bereits früher arretiert worden ist, so ist die Anstalt jetzt ohne Aerzte. Dasselbe ist in dem benachbarten Rostokinschen Landschaftshospital der Fall, dessen beide Aerzte (Dr. Russanow und Dr. Petscherkin) gefänglich eingezogen sind. Im Swenigorodskischen Kreise (Gouv. Moskau) soll, den «Nowosti» zufolge, sogar nur ein einziger Landschaftsarzt Dr. D. N. Dorf geblieben sein, da alle anderen entweder arretiert oder geflüchtet sind. In Moskau ist neuerdings Dr. E. Stolkind als Organisator des allrussischen Post- und Telegraphenstreiks, in Dmitrowsk der Sanitätsarzt G. Rostowzew verhaftet und in Riga der Arzt Elias Michlin als Mitglied der jüdischen Kampforganisation ins Gefängniss übergeführt worden. Die Aerztin der Sserpuchowschen Landschaft W. A. Gluchowskaja-Pawlowskaja wurde wieder aus der Haft entlassen, da das Hoffräulein Fürstin Wassiltschikowa Bürgschaft für sie übernommen hat. Die meisten Verhaftungen von Aerzten weist jedenfalls das Moskauer Gouvernement auf.

— Der als politischer Gefangener im Moskauer Gefängniss inhaftierte Dr. E. Stolkind soll dem Stadtamt die Mitteilung gemacht haben, dass er fürs erste seiner Rechte noch nicht verlustig erklärt sei und infolgedessen an den Reichsdumawahlen teilzunehmen wünsche. In der Annahme, dass sich sehr viele Personen in seiner Lage befinden, macht Dr. S. dem Stadtamt den Vorschlag, einen besonderen Beamten mit Anmeldebogen für die Reichsdumawahlen in den Moskauer Haftlokalen herumzuschicken.

— Das Einkommen der Berliner Aerzte, über welches wir in der vorigen Nr. einige Angaben brachten, ist nach der Einkommensteuer, welche diese Aerzte zahlen, berechnet, und zwar zahlen die wahlberechtigten 2007 Berliner Aerzte eine Steuer im Betrage von mehr als 571,000 Mark. Spezialisiert man die Einkommen unter 5000 Mk. näher, so befinden sich in Berlin 111 Aerzte, die ein besteuerungsfähiges Einkommen nicht haben, und 135, bei denen die Besteuerung noch aussteht, 72 haben ein Einkommen von nur 900 bis 1050 Mark, 356 von 1000 bis 2000 Mk., 268 von 2100—3000 Mk., 234 von 3000—4200 und 146 von 4200—5000 Mk. Also 1322 Aerzte in Berlin verdienen weniger als 5000 Mk., die übrigen 675 mehr und unter ihnen 48 Aerzte sogar 50,000—180,000 Mk. Der alte ärztliche Spruch «Dat Galenus opes» ist somit immer noch in einem gewissen Sinne zutreffend. Es ist aber auch nicht minder wahr, dass der Durchschnittsarzt heutzutage mit des Lebens Sorgen schwer belastet ist und dass der 4. Teil der Aerzte kaum das Durchschnittseinkommen eines mittleren Beamten hat. Das Durchschnittseinkommen des Arztes ist vielfach unzulänglich, um einen seiner Bildung und seiner sozialen Stellung auch nur einigermassen entsprechenden Haushalt führen zu können, und überdies ist dieses knappe Einkommen noch unsicher. Das ist bei uns ganz ebenso wie in Berlin!

Verschiedene Mitteilungen.

— Der Stadtarzt in Wladikawkas Dr. Muhamed Dalgat beabsichtigt eine politische Zeitung unter dem Titel «Goloss Kawkasa» (Stimme des Kaukasus) unter seiner Redaktion herauszugeben.

— Die vereinigte Organisation der St. Petersburger Gesellschaften zur Hülfeleistung an die durch Missernte Heimgesuchten erweist unmittelbare Hülfe den Hungernden durch die Landschaftsärzte und Landgeistlichen. Spenden in Geld oder Marken werden fortgesetzt angenommen in der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit (Moika Nr. 85, bei der Blauen Brücke).

— Der Gesundheitszustand der Truppen im Fernen Osten ist nach dem Bericht des Oberkommandierenden sehr günstig. Zum 16. Januar befanden sich in den Lazaretten 1 verwundeter und 744 kranke Offiziere und 107 verwundete und 14,282 kranke Untermilitärs. An Infektionskrankheiten litten insgesamt 1548; davon an Unterleibstyphus 612, Dysenterie 35, sibir. Pest 228, Pocken 18 und Skorbut 131.

— Der Sekretär des Journals «Russki chirurgitscheski Archiv» Dr. Gerschuni teilt im «R. Wr.» mit, dass er nach der Rückkehr vom Kriegsschauplatz seine Funktionen wieder übernommen hat und dass die 3 Hefte des Archivs (Nr. 4—6) des Jahres 1905, mit welchen die Redaktion wegen Abwesenheit der Mitarbeiter und der häufigen Typographiestreiks im Rückstande ist, den Abonnenten zu Ende Januar des laufenden Jahres nachgeliefert werden sollen.

— Vortrag über Krebsforschungen in Brüssel. Der Professor der Universität Gent van Ermenghem teilte der Brüsseler Akademie der Medizin die Schlussfolgerungen aus den Krebsforschungen der Brüsseler Aerzte Jacobs und Geets mit. Der Krebs werde von Mikroben verursacht und sei, wie schon Doyen und Metschnikow behaupteten, heilbar durch Einimpfung eines Serums, das mittels des Krebsbazillus hergestellt sei. Bei Verwendung dieses Serums sei jedoch die grösste Vorsicht geboten. Nach langen Versuchen entdeckte Jacobs die Gesetze für ein rationelles Verfahren, das je nach Alter des Patienten und der Krankheit ein verschiedenes sein soll. Die Krebsbehandlung wäre demnach aus der empirischen in die wissenschaftliche Phase getreten, falls sich diese Mitteilung bewahrheiten sollte.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 21. Jan. d. J. 11480 (255 mehr als in d. Vorw.), darunter 1082 Typhus — (37 mehr), 1130 Syphilis — (38 mehr), 436 Scharlach — (4 wen.) 163 Diphtherie — (3 wen.), 88 Masern — (8 mehr) und 20 Pockenkranke — (8 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 15. bis zum 21. Jan. d. J. im ganzen 790 (450 M., 340 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 29, Febris recurrens 5, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 21, Scharlach 13, Diphtherie 12, Croup 0, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 24, Erysipelas 9, Grippe 2, Katarrhalische Lungenentzündung 67, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 13, Tuberkulose der Lungen 100, Tuberkulose anderer Organe 31, Alkoholismus und Delirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 52, Marasmus senilis 30, Krankheiten des Verdauungskanals 84, Totgeborene 43.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 7. Febr. 1906.

Tagesordnung: P. Tiling: Ueber einen Fall von Ascites chylosus.
Ucke: Demonstration von Präparaten.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 13. Febr. 1906.

«Eine durch den Tod erledigte

Assistentenarztstelle

ist sofort zu besetzen. 60 Rbl. monatlich bei freier Station und Beköstigung.

Verwaltung des Libauschen Stadt-Krankenhauses.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Zum Zweck der jährlich stattfindenden Kontrolle der Adressen der in der Liste der «St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift» verzeichneten Krankenpflegerinnen ersuchen wir Diese hiermit der Redaktion Ihre jetzigen Adressen mitzuteilen.

Die Redaktion

der **„St. Petersburger Med. Wochenschrift"**.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger und Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. E. Blessig in St. Petb., W. O., 4 Linie, 5 zu richten. Sprechstunden tägl. ausser Mittwoch u. Sonntag v. 4—6 U. Telephon 20557.

№ 6 St. Petersburg, den 11. (24.) Februar. **1906.**

Dieser № liegt № 1 der «Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften» bei.

Die Bedeutung des Holzspiritus als giftige Substanz bei uns zulande.

(Vortrag, gehalten auf dem XVII. Aerztetage der Gesellschaft Livländischer Aerzte zu Arensburg am 11. August 1905).

Von

Dr. C. Ströhmberg.

Am 19. August 1904 bei Gelegenheit des XVI. livländischen Aerztetages hatte ich die Ehre über 16 Vergiftungsfälle mit Methylalkohol zu berichten, deren Krankheitsverlauf nicht von mir selbst beobachtet worden war. Auf Grund der über diese Fälle gesammelten Daten und der von mir ausgeführten Sektionen bestrebte ich mich damals die Symptomatologie und den Sektionsbefund dieser Vergiftung zu entwerfen.

Als ich den Vortrag hielt, stand das Resultat der chemischen Untersuchung noch aus, welche später die Richtigkeit der Diagnose bestätigte, indem sowohl in den Eingeweiden der Leichen, als auch im Kuntzensbalsam Methylalkohol gefunden wurde, im letzteren in der Menge von circa 50 pCt.

Es ist ein bemerkenswertes Zusammentreffen, dass zur selben Zeit, als ich jenen Vortrag hielt, an einem weit entfernten Punkte der nördlichen Hemisphäre unseres Erdballs sich eine Massenvergiftung mit Methylalkohol abspielte. Am 18. August alten Stiles kneipte in Nord-Amerika im Turtle-Gebirge eine Indianergesellschaft methylalkoholartige Flüssigkeiten. Mehrere Indianer erkrankten am 19. August, 9 von ihnen starben am 20. August. Andere erblindeten. Einige Monate später im Oktober 1904, kam in der 10. Avenue in New-York eine Massenvergiftung mit 17 Todesfällen vor. Im Laufe des Oktober Monats 1904 erschien im Journal der medizinischen Gesellschaft von Chicago das Resultat der Enquête der amerikanischen Professoren Buller und Wood, in welcher 235 Vergiftungsfälle mehr oder minder genau beschrieben wurden. Seitdem habe ich Gelegenheit gehabt, zwei weitere Fälle dieser Vergiftung im Dorpater Stadtkrankenhause zu beobachten.

1. Tomas Sildnik, Tormahofscher Bauer, 46 Jahre alt, kaufte am 20. Januar 1905 in der Kramerschen Apotheke in Dorpat für 30 Kopeken Kuntzensbalsam, welchen er bis zum 23. Januar zum grössten Teil austrank, während seine gesund gebliebene Frau von demselben nur genippt hatte. Am 24. Januar erwachte er mit Kopfschmerz, Schwindel und Erbrechen, welche Erscheinungen etwa 5 Stunden lang dauerten. Am Abend dieses Tages wurden die Allgemeinerscheinungen besser. Es trat aber eine beträchtliche Sehstörung ein, welche sich in den nächsten Tagen allmählich und stetig bis zur vollen Amaurose, d. h. bis zum Verlust jeglicher Lichtempfindung, steigerte. Vom 29. Januar bis zum 7. Februar 1905 befand er sich im Dorpater Stadtkrankenhause, in welches er mit vollkommener Amaurose eintrat. Er erhielt Schwitzbetten und Himbeertee. Am 30. Januar war eine geringe Lichtempfindung wiedergekehrt, am 31. Januar ist er imstande, weisse Gegenstände zu unterscheiden, und zählt Finger auf 1 Fuss Entfernung. Der ophthalmoskopische Befund: enge Netzhautarterien, blasse Sehnervenpapillen mit verwaschenen äusseren Rändern. Andere Vergiftungssymptome wurden

im Krankenhause nicht wahrgenommen. Bis zum 7. Februar 1905, dem Tage des Austritts aus der Anstalt, erfolgte keine weitere Besserung des Sehvermögens und keine Veränderung des ophthalmoskopischen Befundes.

2. Jaan Parw, 31 Jahre alt, Arrestant des Dorpater Kreisgefängnisses, Trinker, arbeitete in der Tischlerei des Gefängnisses am Polieren von Möbeln. Als Politur wird eine Lösung von Schellack in Holzspiritus verwandt. Er giebt zu, mitunter Politur getrunken zu haben, leugnet aber das Trinken derselben im Laufe der letzten Tage. Der Schliesser hält den zweiten Teil der Behauptung für unwahr. Am 17. Juni 1905 nachmittags erkrankte er im Gefängnis an allgemeiner Schwäche und Schläfrigkeit. Da sich der Zustand am 18. unter Erbrechen verschlimmerte, so wurde er am 18. nachmittags ins Krankenhaus übergeführt. Hier klagte er zunächst über Kopfschmerz, allgemeine Schwäche, Schläfrigkeit, Durst, Leibschmerz und Uebelkeit. Am Morgen hat er einen dichten Nebel vor den Augen empfunden, der sich bis zum Nachmittage zu völliger Blindheit steigerte. Um 5 Uhr nachmittags beim Eintritt ins Krankenhaus bietet er folgenden Status. Das Gesicht, besonders die Nase und die Hände, leicht cyanotisch gerötet, der Gesichtsausdruck apathisch und doch leidend. Die ad maximum erweiterten Pupillen reagieren nicht auf Licht. Der Patient ist bis zu dem Grade erblindet, dass er kaum imstande ist, die Richtung des Fensters anzugeben. An den Lippen und an der Zunge sind keinerlei Aetzspuren vorhanden. Der Puls regelmässig, schwach, 78 in der Minute. So lange man ihm ein Bad bereitet, wechselt er auf dem Diwan oft seine Stellung und verlangt zu trinken, gequält von Kopfschmerz, Durst, Leibschmerz und Uebelkeit, und erbricht einmal grünlichen Mageninhalt ohne charakteristischen Geruch. Das Atmen ist erschwert. Nach einigen gewöhnlichen oberflächlichen Atemzügen, erfolgen tiefe Inspirationen und seufzende Exspirationen. Nach der Wanne erfolgte schon im Bette zum 2. Male Erbrechen. Das Schwitzbett wird nicht vertragen; Schweiss tritt nicht ein. Nach Klagen über Leibschmerz schlief er ein und atmete dabei sehr unregelmässig, erwachte oft, klagte über gesteigerten Leibschmerz und verlangte zu trinken. Abends Temperatur 36,4. Um 3 Uhr nachts Krämpfe in den oberen Extremitäten, im Nacken und in der Gesichtsmuskulatur. Verlust des Bewusstseins. Unter sehr erschwertem Atmen mit Rasseln in der Brust und Schaumentleerung durch den Mund stirbt er am 19. Juni um 4 Uhr morgens während eines erneuten Krampfanfalles. Temperatur vor dem Tode 36,4. Harnentleerung hat während des Krankenhausaufenthaltes nicht stattgefunden.

Sektionsbefund: Bläulichrötliche Totenflecke, starke Totenstarre, Gänsehaut, Lungenödem, Ekchymosen am Herzen, Rosafärbung einiger Darmschlingen, Ekchymosen auf der Magenschleimhaut, Gefässinjektion der Blasenschleimhaut, Hyperämie des Hirns und des Rückenmarks sowie der Meningen. Bei einer im gerichtsärztlichen Institut ausgeführten Untersuchung des Harns ist es nicht gelungen, in demselben Ameisensäure nachzuweisen.

Diese Fälle ergänzen das von mir im vorigen Jahre geschilderte Krankheitsbild durch das Symptom der Krämpfe, welche auch in vielen der amerikanischen Fälle bemerkt worden sind. Die Anwesenheit von Ameisensäure im Harn ist in dem Falle, welcher zur Sektion kam, nicht konstatiert worden; in dem anderen Falle wäre es zwecklos gewesen nach derselben zu suchen, da der Patient zu spät in Behandlung kam.

Diese Fälle legen einem doch die Frage nahe: welche Bedeutung hat bei uns zulande der Methylalkohol als giftige Substanz? Seine Bedeutung für die russische Industrie unterliegt keinem Zweifel, wie folgendes Verzeichnis der Gouvernements zeigen möge, in welchen seit Anfang der 80-er Jahre des vorigen Jahrhunderts Fabriken entstanden sind. Holzspiritusdestillaturen sind gegenwärtig im Witebskschen, Grodnoschen, Kiewschen, Kostromaschen, Mohilewschen, Moskauschen, Permschen, Simbirskschen, Twerschen, Jaroslawschen Gouvernement und in Livland vorhanden, und zwar in den beiden letzteren Gouvernements je 2 Fabriken. Die livländischen Fabriken befinden sich in Semershof und in Kokenhusen. Es ist in gewissen Industrien üblich geworden, den Aethylalkohol durch Methylalkohol zu ersetzen.

An erster Stelle dürfte hier die Lackindustrie in Betracht kommen, was schon daraus hervorgeht, dass der Methylalkohol in Russland die Volksbezeichnung «Politurspiritus» erhalten hat. Wie die Erfahrungen in Amerika lehren, sind die Gesundheit, namentlich das Sehvermögen, und das Leben derjenigen Arbeiter gefährdet, welche mit der Zubereitung der Lackgemische und der Verwendung derselben zum Anstrich oder Polieren beschäftigt sind, selbst wenn sie nicht der Versuchung unterliegen, diesen Politurspiritus zu trinken. Diese Gefahren liessen sich unschwer durch ein Verbot der Verwendung des Methylalkohols in der Lackfabrikation vermeiden, um so mehr, als der denaturierte Aethylspiritus sich bei uns kaum teurer stellen dürfte als der Methylalkohol.

Eine sehr ausgedehnte Verwendung findet der Methylalkohol in Russland auch im Hausgebrauch als Brennspiritus, weil die Beschaffung des denaturierten Spiritus mit Weitläufigkeiten und Schwierigkeiten verbunden ist, und weil die Giftigkeit des Holzspiritus leider noch zu wenig bekannt ist. Da ist es wohl notwendig, daran zu erinnern, dass in Omaha (Nebraska) eine Frau dadurch erblindete, dass sie in ihrem Schlafzimmer eine Methylalkohollampe während des Winters brennen liess. An diesen Vergiftungsfall sollte man auch stets denken, wenn man die jetzt so beliebte Desinfektion mit der Formalinlampe anordnet, welche ja auch mit Methylalkohol gefüllt wird.

Die Gefahr für die Arbeiter, welche mit methylalkoholhaltigen Gemischen zu hantieren haben, wird natürlich ungeheuer gesteigert, sobald sie der Versuchung unterliegen, diesen Alkohol zu trinken. Diese Versuchung ist um so grösser, je billiger der Methylalkohol im Vergleich mit dem zum internen Gebrauch verkäuflichen Aethylalkohol ist. Dass dieser Preisunterschied tatsächlich zum Trinken des Methylalkohols verleitet, beweisen die bis jetzt in Russland beobachteten Massenvergiftungen. Abgesehen von den in meinem letzten Vortrage besprochenen Dorpater Fällen konnte man im Juni dieses Jahres in den russischen Zeitungen von folgendem traurigen Vorkommnis im Dorfe Воля Пшатовская des Sserads'schen Kreises lesen, dass daselbst bei Gelegenheit einer Hochzeit etwa 35 Menschen sich durch den Genuss von Politurspiritus vergifteten. Während der Aufgabe des Telegrammes am 17. Juni 1905 waren 3 bereits gestorben, 8 lagen in der Agonie und die übrigen waren schwer krank. Ich halte mich für berechtigt anzunehmen, dass es sich in einem anderen Falle, im November 1904, im Dorfe Котельники im Nowograd-Wolynsk'schen Kreise gleichfalls um Methylalkohol gehandelt hat. Die Zeitungen brachten damals die Mitteilung, dass in jenem Dorfe bei Gelegenheit einer Hochzeit nach dem Genusse von Schnaps 20 Personen binnen 2 Tagen gestorben waren.

Diese traurigen Vorkommnisse veranlassen mich die Bedeutung des Holzspiritus als giftige Substanz bei uns

zulande für eine recht grosse zu erklären und die Gelegenheit zu benutzen, welche mir der XVII. livländische Aerztetag bietet, meine warnende Stimme gegen den Gebrauch dieser giftigen Substanz noch einmal zu erheben.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Robert Schlüter: Die Anlage zur Tuberkulose. (Leipzig und Wien. Franz Deuticke.)

Das Buch verrät die Schule von Prof. Martin-Rostock (dem es auch gewidmet ist) in der Schärfe der Begriffsbestimmungen (z. B. was die leider so häufig vermengten Begriffe der Vererbung der Krankheit und der Krankheitsanlage betrifft).

Nach einer historischen Einleitung wird zunächst die foetale Infektion besprochen und nach kritischer Sichtung der gesamten Literatur festgestellt, dass es bisher nur 12 sicher konstatierte Fälle von angeborener Tuberkulose beim Menschen und ca. 70 bei Tieren giebt. In dem IV. Kapitel ist besonders beachtenswert der Hinweis auf die von Otto Lorenz begründete wissenschaftliche Genealogie, welche Ahnentafeln verwendet statt der bis jetzt üblichen Stammbäume, die nur einen Bruchteil der Ahnen enthalten und daher nicht alle an der «Erbmasse» beteiligten Faktoren berücksichtigen. Wichtig ist in diesem Kapitel auch die Feststellung, dass es ausser sehr verschiedener Virulenz der Tuberkelbazillenstämme eine individuell sehr verschiedene Disposition des Menschen ihnen gegenüber giebt. Im V. Kapitel wird der von Rokitansky eingeführte und von Brehmer anatomisch vertiefte Begriff des Habitus phthisicus und das bekannte Verhältnis zwischen gewissen Klappenfehlern und Lungentuberkulose besprochen. Ein ferneres Kapitel ist der speziellen Disposition der Lungenspitzen gewidmet, die anatomischen Gründe derselben werden klargestellt und die Disposition der Spitzen nicht nur für aërogene, sondern auch für hämatogene Tuberkulose nachgewiesen. Auch werden Freund's Untersuchungen über Verknöcherung des I. Rippenknorpels und Rotschild's über Anomalien des Sternalwinkels bei Phthisikern besprochen. Das Kapitel über skrophulöse Disposition lässt eine richtige Würdigung der Bedeutung der Hyperplasie des lymphatischen Schlundrings für das Zustandekommen des sogenannten skrophulösen Habitus vermissen. Auch wird in dem folgenden Abschnitt der deletäre Einfluss der Gravidität auf die Tuberkulose zu niedrig eingeschätzt.

Der sehr interessante letzte Abschnitt ist den modernen Versuchen gewidmet, der Dispositionsfrage auf histologischem und chemischem Wege näher zu treten (die Arbeiten von Hess über das elastische Fasernetz und die in der französischen Schule mehr und mehr zur Herrschaft gelangende Anschauung von der «Demineralisation» des Organismus als Praedisposition für Tbk.).

Dem hochbedeutenden Buch kann man nur durch gründliche Lektüre gerecht werden. Zweck dieser Besprechung ist — auf den reichen Inhalt des meisterhaft geschriebenen Werkes hinzuweisen.

A. Feldt.

Arno Krüche: Aerztliches Vademecum und Taschenkalender für das Jahr 1906.

Der XII. Jahrgang dieses durchaus praktischen Kalenders liegt uns wiederum vor, leider etwas verspätet, aus von uns unabhängigen Gründen. Die bequeme Anordnung des reichhaltig gebotenen Stoffes lassen das Büchlein, auch für den in Russland arbeitenden Arzt, als einen sehr willkommenen und brauchbaren Ratgeber erscheinen.

E. Mickwitz.

O. Adler: Anaesthesia sexualis feminarum. — Berlin. Fischer's Verlag 1904.

A. behandelt in seiner Monographie (207 Seiten) das sexuelle Leben der Frau und bedauert, dass dieses Thema von vielen Autoren aus Scheu umgangen wird. Es sei Sache des Arztes, die ungewöhnlichen Seelenzustände und die verschiedenen Krankheitsformen des weiblichen Empfindungslebens einer wissenschaftlichen Analyse zu unterziehen.

Nach einer Einleitung über Anatomie und Physiologie des in Frage kommenden Gebietes, geht Verf. zur Besprechung der Erscheinungen der Häufigkeit und Ursache dieses Zustandes — der Anaesthesia sexualis — über. Die Häufigkeit beträgt sicher 10 pCt., höchstwahrscheinlich ist sie bedeutend höher 20—30 pCt., ja vielleicht gar bis 40 pCt.». Als häufigster Grund ist Masturbation anzusehen. Eine grosse Rolle spielt die spezifische Alteration der weiblichen Vorstellungswelt und weibliche Ideen-Assoziationen, wie sie sich in der Hysterie zeigen. Das Zusammentreffen dieser mit der Anaesthesia sexualis wird genauer besprochen und durch Beispiele illustriert.

Lingen.

Finger: Die Blenorrhoe der Sexualorgane und ihre Komplikationen. VI. Aufl. (Deuticke).

In 4 Jahren ist von diesem empfehlenswerten Werke eine neue Auflage nötig geworden, und dieser Umstand pflegt ein Indikator dafür zu sein, dass die Nachfrage danach eine rege ist. Principiell Neues ist ja auf dem Gebiet der Gonorrhoelehre in diesen 4 Jahren nicht geleistet worden, wohl sind aber eine Menge von wertvollen Bestätigungen und Nachprüfungen früherer Untersuchungen erschienen, die in der vorliegenden neuen Auflage berücksichtigt worden sind. Der Umfang des Werkes ist nicht sonderlich vergrössert, die Zahl der Abbildungen ist dieselbe geblieben.

Ueber Druck und Ausstattung lässt sich nur Lobenswertes sagen.

Wichert.

M. Joseph: Dermatohistologische Technik. Ein Leitfaden für Aerzte und Studierende. Dritte vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin. Louis Marcus, Verlagsbuchhandlung.

Wir hatten bereits vor vier Jahren Gelegenheit die zweite Auflage dieses kleinen Werkes, damals vom Verf. gemeinschaftlich mit Löwenbach herausgegeben, zu besprechen. Daher können wir uns jetzt damit begnügen, darauf hinzuweisen, dass das Buch die nötigen Erweiterungen und Neuerungen erfahren hat, wie sie dem heutigen Stande der Technik entsprechen.

Ucke.

St. Serkowski: Grundriss der Semiotik des Harns. (Berlin 1905. Verlag von S. Karger.)

Nach einer Besprechung der Methoden zur Bestimmung der Leistungsfähigkeit der Nieren (Kryoskopie etc.) werden die einzelnen physiologischen und pathologischen Harnbestandteile einer Besprechung unterzogen. Ueberall werden die Bedingungen der pathologischen Vermehrung, resp. des Erscheinens der Harnbestandteile von klinischen Gesichtspunkten aus in kurzer Form angegeben. Auf vieles Wichtige geht Verf. nur andeutungsweise ein, was seine Erklärung darin findet, dass der ganze gewaltige Stoff auf nur 80 Druckseiten zusammengedrängt ist.

E. Koch.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

775. Sitzung vom 20. September 1905.

Vorsitzender: Blessig — Sekretär (stellv.) Heuking.

1. Kallmeyer stellt einen Fall von Akromegalie vor:

Patientin, 32 a. n., unverheiratet, stammt aus angeblich unbelasteter Familie leidet seit jeher an Kopfschmerzen und Blutarmut. In der Kindheit nur Masern durchgemacht. Das Lernen in der Schule ist nicht schwergefallen. Erste Menses im zwölften Lebensjahre. Menopausis seit dem 21. Jahre; gleichzeitig stellten sich Herzbeschwerden ein: Herzklopfen, Kurzatmigkeit und Schwäche. Die Herzbeschwerden sind in den letzten Jahren noch grösser geworden, sodass Patientin infolge derselben sich bereits invalid fühlt und keinerlei erwerbliche Tätigkeit ausüben kann. Seit 1 Jahre tritt 2—3 mal täglich stärkeres Herzklopfen auf, welches zuweilen zu

leichten Ohnmachtsanfällen führt. Ein solcher Anfall überraschte Patientin neulich auf der Strasse, wobei sie bewusstlos aufgehoben wurde. Patientin sucht Hülfe gegen ihr Herzleiden. Ueber den Beginn der Volumszunahme des Gesichtes und der Hände befragt, giebt Pat. undeutliche Auskünfte; sie glaubt, dass dieselbe auch nach dem 21. Jahre begonnen habe, scheint aber darunter nicht zu leiden.

Schon auf den ersten Anblick fällt bei der Patientin ihre unförmige, karrikaturartige unterdrückte Gestalt mit den grossen Gesichtsknochen auf. Die Haut blass. Stark vergrösserte Nase, wulstige Lippen und Augenlider, auffallend vergrösserter Unterkiefer, grosse Ohren, breite Zunge, zwischen den Zähnen bereits kleine Zwischenräume. Gleichmässig vergrösserte und verdrehte «Tatzen»-hände. Die Füsse ebenfalls stark vergrössert. Auf dem rechten Auge Amaurose, seit wann, unbekannt (atrophia n. optici.) Die Glandula Thyreoidea scheint nicht zu fehlen.

Sensibilität normal. — Das Herz: Spitzenstoss im 6. I.C.R., um 3 fingerbreit nach aussen. Praesystolisches Geräusch an der Spitze. Kein Accent des II. Pulmonaltones. Der Puls klein. Frequenz 90—100, trotz 1wöchentlichen Gebrauches von Adonis vernalis. Urin noch nicht untersucht.

(Autoreferat).

Diskussion:

Germann: Ich habe die Augen der vorgestellten Pat. untersucht; auf dem rechten Auge bestand eine Neuritis, die bereits in Atrophie des Sehnervs übergegangen war. Der linke Sehnerv wies übrigens auch beginnende Veränderungen auf. Die Sehnervenerkrankung ist wohl durch einen Druck zu erklären, den die geschwulstartig vergrösserte Hypophysis cerebri auf die nn. optici ausübt.

Westphalen: Ich habe einen Fall von Akromegalie beobachtet, dem ein Tumor der Hypophysis zugrunde lag. Bei meinem Pat. war jener Zustand sehr ausgesprochen, den man mit dem Namen Adam-Stokes'scher Symptomenkomplex bezeichnet (Bradykardie, Doppelschlägigkeit des Venenpulses, Anfälle von Bewusstlosigkeit etc.).

Masing: Falls man bei Pat. mit Akromegalie die als Adam-Stokes'scher Symptomenkomplex geschilderten Erscheinungen seitens des Herzens beobachtet, so pflegen sie meist einen beständigen und dauernden Charakter zu haben; es ist eigentümlich, dass sie bei der vorgestellten Pat. nur vorübergehend und zeitweise auftreten.

Albanus: Der vorgestellte Fall ist ganz typisch für den Verlauf der Akromegalie.

Fick bittet sich nähere Auskünfte über den Charakter und den Grund der Anfälle von Unbesinnlichkeit aus.

Kallmeyer: Ich zweifle nicht daran, dass das Herzleiden in Zusammenhang mit der Akromegalie zu bringen ist; ähnliche Fälle sind bereits beschrieben (Fräntzel). Die Ohnmachtsanfälle meiner Pat. (die ich übrigens selbst noch nicht beobachtet habe) sind wohl auf das vorgeschrittene Stadium des Herzleidens zu beziehen, wozu denn wohl auch Zirkulationsstörungen im Gehirn kommen (vielleicht durch eine Geschwulst der Hypophysis bedingt). — Da Jodkali nichts helfen soll, beabsichtige ich Thyreoidin und Cerebrinpräparate zu versuchen.

2. Albanus: Ueber das Offenbleiben des Ductus Botalli. (Der Vortrag ist zum Druck bestimmt.)

Protokolle
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1338. Sitzung am 9. Mai 1905.

1. Blessig demonstriert ein 4 Monate altes Mädchen mit einer Geschwulst (cavernöses Angiom?) im linken Oberlid. Das Lid ist geschwollen und schwillt beim Schreien noch mehr an, die Lidhaut bläulich durchschimmernd mit einigen erweiterten Venen. Der Lidknorpel ist durch Vordrängen der Geschwulst umgestülpt, ektropioniert, die Conjunktiva tarsi und Uebergangsfalte hochgradig ödematös geschwollen, als dritter chemotischer Wulst die Lidspalte ausfüllend und aus ihr hervorquellend. Die ödematöse Konjunktiva scheint durch den Druck des M. orbicularis in dieser evertirten Lage stranguliert zu werden, ähnlich wie bei einer Paraphimose. Uebrigens lässt das Lid sich durch Fingerdruck vorübergehend redressieren. Unterlid, Augapfel etc. normal. Die Geschwulst scheint aus dem orbitalen Gewebe (oben aussen) vorzudringen. Blessig möchte von den anwesenden Chirurgen erfahren, ob der Fall operabel oder für elektrolytische Behandlung geeignet sei. Letztere scheine ihm mehr Aussicht auf Erfolg zu versprechen.

Diskussion:

Schmitz hält die Prognose für ungünstig wegen der zu erwartenden Schrumpfung des Lidknorpels, der von Blutgefässen durchsetzt ist. Jedenfalls kann nur eine sehr langsame elektrolytische Behandlung in mehreren Sitzungen empfohlen werden.

Germann fragt, ob nicht durch Unterbindung der Gefässe Heilung zu erzielen sei?

Schmitz verneint diese Frage. Das radikalste Verfahren wäre jedenfalls die Exstirpation, doch stellt dieselbe, namentlich in vorliegendem Falle, einen sehr schweren Eingriff dar, da der Tumor offenbar tief in der Orbita seinen Ursprung hat.

2. Dr. Masing referiert über Tuberkulinbehandlung im Sanatorium Pitkäjärvi mit Demonstration der Temperaturkurven. Es wird diese Behandlung seit Dezember 1904 mit grosser Vorsicht und strenger Auswahl der dazu geeigneten Fälle ausgeübt. Nur seit Wochen Fieberlose werden dazu ausgewählt und die ausserdem zuverlässig und intelligent sind. Da die Pat. selbst die 2stündlichen Temperaturmessungen machen und auf alle Erscheinungen nach den Injektionen achten sollen, ist es unerlässlich, dass sie zu beobachten verstehen und wahr sind. So wurden bei zwei Pat. nach wenigen Injektionen keine mehr gemacht, obgleich sie sonst sehr geeignet schienen, weil beide dazwischen nur angeblich notwendige Fahrten nach Petersburg machten, und auch sonst unwahr waren. Bei einem derselben wäre die Tuberkulinbehandlung besonders indiziert gewesen, weil er am weichen Gaumen flache tuberkulöse Geschwüre mit speckigem Belage hatte, die sich nach der Injektion reinigten. Schon eine frühere Erfahrung im Sanatorium war darin sehr instruktiv gewesen. Vor 3 Jahren wurde eine ca. 30jährige Frau behandelt, die mässige Lungenaffektionen, aber geschwürige lokaltuberkulöse Affektionen an einem Tränenkanal und am Gaumen hatte. Damals wurde im Sanatorium noch kein Tuberkulin angewandt. Alle lokalen und allgemeinen Behandlungsmethoden besserten sie nicht; erst als sie nach Petersburg ins Evangel. Hospital übergeführt und dort mit Tuberkulininjektionen (Dr. A. Feldt) behandelt wurde, heilten die Geschwüre rasch.

Bei 4 weiteren Patienten hatte die Tuberkulinbehandlung einen guten Effekt.

Immer wurde mit $^1/_2$ Milligramm hiesigen Tuberkulins (entspricht dem alten Koch's) begonnen, und meist erst nach 8 Tagen die nächste Injektion gemacht, die nur dann eine gesteigerte Dosis war, wenn keine oder annähernd keine Reaktion gewesen war. So wurde z. B. bei Herrn A. N. vom 18. Januar —30. März 1905 von 0.0005 bis 0.0035 gesteigert; die höchste Reaktion war 38,3 gewesen nach der III. Injektion, die späteren waren ganz unbedeutend. Die Fortschritte in der Heilung seiner Lungen (beide Oberlappen waren affiziert) und in seinem Allgemeinbefinden waren dabei sehr erfreulich. Noch rascher konnte bei Herrn W. S. gesteigert werden, vom 9. Dez. 1904 —10. März 1905 von 0.0005 bis 0.01, auf welche Dosis seine Temperatur 36,7 blieb. Da auch die physikalische Untersuchung das beste Resultat gab, sein Husten ganz aufgehört hatte etc., wurde ihm gesagt, er sei jetzt als genesen zu betrachten, wobei aber eine nach 6 Monaten etwa erneute Tuberkulinkur sehr zu empfehlen sei, um zu konstatieren, ob er gesund geblieben sei.

Nur bei einem der 7 mit Tuberkulin behandelten Pat., Herrn A. K., wurde die Kur nach der III. Injektion unterbrochen, weil sie ihm nicht gut zu bekommen schien. Nachdem 0.005 ganz reaktionslos aufgenommen war, erfolgte nach 0.001 nach 24 St. eine Reaktion bis 39,3. Allerdings bildete sich an der Injektionsstelle (das einzige Mal im Sanatorium) ein nur wenig schmerzhaftes Hautinfiltrat, etwas über Silberrubelgrösse. Kein Erysipel, keine eigentliche Phlegmone. Unter Compresses échauff. schwand das Infiltrat rasch, und in 2 Tagen war er wieder ganz fieberlos. Nach 8 Tagen wurde ihm 0.0008 injiziert, worauf eine Temperatursteigerung auf 37,5 erfolgte, auf die ein subfebriler Zustand für 6 Tage folgte. Daher wurden keine Injektionen mehr gemacht.

Alle Injektionen wurden vom leitenden Arzte des Sanatoriums Dr. A. v. Pezold gemacht. Natürlich hat jeder Pat. seine eigene Kanüle, die immer in Spiritus liegt etc. etc.

In der sich an diese Mitteilung anschliessenden Diskussion wurde von mehreren Seiten beigestimmt, dass die Behandlung, in dieser vorsichtigen Weise ausgeübt, keinen Schaden bringen könne. Ebenso wurde der diagnostische Wert des Tuberkulins nicht bestritten. Aber Dr. Kernig und Dr. Westphalen fragten, worauf die Ueberzeugung beruhe, dass eine solche Behandlung Nutzen bringe? Wenn nur Fieberlose behandelt werden dürfen, so würde die Sanatoriumsbehandlung mit ihrer Freiluftkur, Ueberernährung etc. wohl dasselbe leisten ohne Tuberkulin. Darauf antwortete Masing, das sei Erfahrungssache. Jedenfalls ist die Zahl der Zeugen für den günstigen Einfluss des Tuberkulin schon ein sehr grosser, bes. in Deutschland, an ihrer Spitze Prof. Petruschky; so sagt Hippel «es ist erwiesen, dass Tuberkulin, richtig angewandt, selbst schwere Tuberkulose des Auges mit Erhaltung des Sehvermögens dauernd zu heilen vermag». Also die Erfahrung, die Statistik giebt die Antwort, und wird sie geben zugunsten der Tuberkulinbehandlung. Wenn nun allseitig zugegeben wird, dass der diagnostische Wert des Tuberkulin feststeht, warum will man dann nicht zugeben, dass es von grosser Bedeutung ist, wenn Tuberkulöse nach längerer oder kürzerer Behandlung mit Tuberkulin aufhören zu reagieren. Sie sind dann im Augenblick so zu sagen nicht tuberkulös — dafür sprechen auch eine Reihe anderer Tatsachen. Freilich lehrt die Erfahrung, dass man nach einigen Monaten wieder mit Tuberkulin prüfen muss. Wenn aber auch wiederholte Prüfungen keine Reaktionen auslösen, dann darf man nach dem augenblicklichen Stande der Erfahrungen wohl von Heilung sprechen und den Heiratskonsens geben, und es ist als ein Glück zu betrachten, dass solche wichtige Entscheidungen (Heilung? Wiederaufnahme der Arbeit? Heirat?) nicht nur dem vagen subjektiven Ermessen des Arztes überlassen sind, sondern dass dafür ein objektives Zeichen vorhanden ist.

(Autoreferat).

3. Kernig berichtet über einen Fall von metastatischer Orchitis nach Parotitis epidemica. Es handelte sich um einen 50jährigen Herrn, der seit einigen Tagen unter hohem Fieber erkrankt war. Die Schwellung an der Parotis war sehr geringfügig. An den inneren Organen nichts Abnormes. Schwellung und Schmerzhaftigkeit des rechten Hodens ermöglichten die richtige Deutung des Krankheitsbildes, die wegen der geringen Affektion der Parotis Schwierigkeiten machte.

Diskussion:

Schmitz betont, dass auch in der Glandula submaxillaris analoge Entzündungen nach Parotitis beobachtet werden.

Blessig: Dasselbe gilt von den Tränendrüsen, die ebenfalls metastatisch erkranken können.

Direktor: Dr. W. Kernig.
Sekretär: Dr. Wold. Fick.

Auszug aus den Protokollen der medizinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung vom 7. September 1905.

Otto hält seinen angekündigten Vortrag über «das angioneurotische Oedem». (Die Arbeit wird im Druck erscheinen).

Vortragender hat aus der ihm zugänglichen Literatur über das akute umschriebene Oedem 3 Hauptursachen feststellen können: 1) Rheumatoide bezw. Erkältungskrankheiten; 2) Verdauungsstörungen. Ein Fall von Alkoholismus ist, weil sonst gemischten Charakters, nicht völlig beweisend. 3) Die alles beherrschende, im einzelnen Falle aber auch nur allein nachweisbare nervöse Prädisposition.

Der aus eigener Erfahrung mitgeteilte Fall gehört in die letztere Gruppe und ist in mehrfacher Hinsicht von Interesse.

1) Zeigt er die umschriebene oder angioneurotische Schwellung auf der Folie einer Reihe früher durchgemachter, andersartiger Oedeme dyskrasischen, mechanischen und hydrämischen Ursprungs.

2) Verschwindet das nervöse Oedem hier regelmässig, wenn es zu Migräneanfällen kommt.

Wichtig sind auch gewisse individuelle Momente und Komplikationen:

1) Die paroxysmale Hämoglobinurie (Joseph).

2) Blutungen der Blasen- und Bronchialschleimhaut (Küstner).

3) Die geringe Widerstandsfähigkeit gegenüber der als vasomotorische Störung höherer und komplizierterer Staffel anzusehenden Form der Migräne.

Sowohl beim Oedem, wie bei der hier vorliegenden Form der Migräne handelt es sich um reflektorische Vorgänge, deren Prototyp die auf isolierter dilatatorischer Nervenbahn entstehende Reflexerscheinung der Urticariaquaddel ist. Dieser gegenüber spielt das Oedem höchst wahrscheinlich auf den gemischten Nervenbahnen (Sympathicus und Splanchnicus), bei welchen es erst nach Lähmung der verengernden Fasern zur um so volleren Dilatatorenwirkung kommt. Aehnlich, wenn auch komplizierter, gestalten sich die Dinge bei der Migräne. Dafür dürfte die nicht seltene Mischform angiospastischer und angioparalytischer Reflexe sprechen. Jedenfalls repräsentiert die Migräne dem Oedem gegenüber das stärkere Agens, erinnert in gewissem Sinne an entzündliche Erkrankungen, welche durch ihre Entstehung das zeitweilige völlige Zurücktreten anderer Krankheitssymptome zu bewirken imstande sind. Als Beispiel dafür wäre die Pneumonie zu nennen, durch welche akute und heftige Keuchhustenanfälle oder chronische gichtische Beschwerden vorübergehend völlig verdrängt werden können.

(Autoreferat).

Diskussion:

Terrepson: Bei den Darmstörungen als Ursache der Urticaria ist immer Indican im Harn vorhanden. Durch Mentholzusatz verschwindet das Indican. T. hat selbst mehrfach an Urticaria verbunden mit Migräne gelitten. Biergenuss zu heisser Zeit, angestrengtes Rudern ruft häufig Urticaria hervor.

Hartge fragt, ob der Mageninhalt in dem von Otto geschilderten Falle untersucht worden sei. Bei Achylia gastrica komme Migräne vor, verursacht durch Intoxikation. Bei Durchfall kommt keine Migräne vor, nur bei Obstipation.

Otto: Im geschilderten Falle ist der Mageninhalt nicht untersucht worden, da nie Verdauungsstörungen vorgekommen waren. Es ist ein Fall rein nervöser Art.

Vorsitzender: Ströhmberg.
Sekretär: A. Lezius.

Protokolle des XVII. Aerztetages der Gesellschaft Livländischer Aerzte zu Arensburg vom 10.—12. Aug. 1905.

III. Sitzung, d. 11. August 1905.

2. Prof. Dr. K. Dehio berichtet über zwei Fälle spastischer Lähmung der unteren Extremitäten bei Zwillingen von jetzt 14 Jahren. Die Krankheit begann bei beiden ziemlich gleichzeitig in ihrem 12. Lebensjahre, beim einen 3 Monate später als beim anderen, und zeigte bisher ein langsames aber stetiges Fortschreiten der Symptome: spastische Parese der Zehen, Füsse und Beine, aktive Kontrakturen der Zehen- und Fussgelenke, Steigerung der Patellarreflexe und an den am stärksten befallenen Extremitäten auch Fussklonus. Sensibilität, Blasen- und Mastdarmfunktion waren ganz ungestört. Von dem gewöhnlichen Bilde der spastischen Spinalparalyse weichen die Fälle insofern ab, als die Affektion an beiden Beinen nicht ganz gleich stark entwickelt war und als das Gehen durch ein eigentümliches hinkendes

Werfen des schlechteren Beines ein ganz ungewöhnliches Aussehen erhielt und nicht an den gewöhnlichen, sogenannten «spastischen Gang» erinnerte. Die gesamte, sehr auffallende Zwillingsähnlichkeit der beiden Knaben war auch im Gesamtbild ihrer Krankheit sehr deutlich ausgesprochen, nur dass beim einen das linke, beim anderen das rechte Bein stärker affiziert war. Unter der Voraussetzung, dass es sich hier um eine Degeneration und Sklerose der Seitenstränge des Rückenmarks handele, betont Redner den Umstand, dass hier Zwillinge nahezu gleichzeitig an dieser Affektion erkranken, was darauf hinweist, dass die letzten Ursachen derselben in der pathologischen Beschaffenheit des Zwillingseies, wenn nicht in der krankhaften Organisation der zum befruchteten Ei zusammentretenden väterlichen oder mütterlichen Samenzelle gesucht werden müsse. Dadurch ordnen sich diese beiden Fälle in die von Strümpell aufgestellte Gruppe der «familiären spastischen Spinalparalyse» ein.

(Autoreferat).

Der Vortrag soll in extenso in der «Deutschen Zeitschrift für Nervenheilkunde» erscheinen.

Diskussion:

Von Dr. Keilmann interpelliert, macht Prof. Dr. K. Dehio darauf aufmerksam, dass es sich in seinen Fällen wohl nicht um Rückenmarksblutungen handeln könne, da dem der deutlich vorhandene bilaterale Charakter der Erkrankung und der Umstand widerspricht, dass sich hier die Krankheit erst im 12. Lebensjahre entwickelt hat.

3. Diskussion über den Vortrag des Herr Dr. C. Ströhmberg: Die Bedeutung des Holzspiritus als giftige Substanz bei uns zulande. (Der Vortrag ist an der Spitze der heutigen Nr. abgedruckt.)

Prof. Dr. K. Dehio: Sind auch Amylalkoholvergiftungen vorgekommen?

Dr. C. Ströhmberg: Zu meiner Kenntnis sind keine gekommen.

Dr. B. Raue: War die Erblindung des Sildnik eine dauernde?

Dr. C. Ströhmberg: Aller Wahrscheinlichkeit nach wird sie eine dauernde sein, nach Analogie der bisher beobachteten übrigen Vergiftungsfälle.

Zur Hilfeleistung für notleidende baltische Kollegen.

Aufruf.

Zur endgiltigen Feststellung des Umfanges der Notlage der Aerzte und des Masses der in's Werk zu setzenden Hilfsleistung aus den der «Livländischen Abteilung des St. Petersburger ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe» auch von auswärts zu diesem Zwecke zufliessenden Mitteln werden alle diejenigen Herren Kollegen oder deren Familien, welche durch die revolutionäre Bewegung in den baltischen Provinzen, durch Brandstiftung, Plünderung und sonstige Gewaltakte direkt oder indirekt eine Einbusse ihres Besitzes, ihrer Gesundheit oder ihrer Lebenslage erlitten haben, ganz unabhängig von ihrer etwaigen Zugehörigkeit oder Nichtzugehörigkeit zu diesem Aerzteverein, hierdurch höflichst ersucht, in möglichst kurzer Frist dem unterzeichneten Vorstande die Umstände und die Grösse der von ihnen erlittenen Verluste und Schädigungen -- im Vertrauen auf diesseitige Diskretion -- offen und rückhaltlos mitteilen zu wollen.

Der Vorstand
der Livländischen Abteilung des St. Petersburger ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe:

Präses: Dr. H. Truhart — Dorpat, Wallgraben 17.
Vicepräses: Prof. Dr. L. Kessler — » Küterstrasse 2.
Dr. Ch. Ströhmberg — » Karlovastr. 6.
Dr. A. Lezius — » RigascheStr. 36.
Dr. Pfaff — » Johannisstr. 1.

Dorpat, den 4. Februar 1906.

Zum Besten notleidender baltischer Kollegen sind bei uns eingegangen:

Aus dem Reingewinn der «St. Petersb. medizin. Wochenschrift» Rbl. 100 ferner von: Dr. Kallmeyer 5, Dr. Lunin 10, Dr. Unterberger 5, Dr. Serck 10, Dr. Blessig 25, Dr. Dobbert 25, Dr. O. Moritz 5, Dr. Nissen 5, Dr. Luchsinger 5, Dr. Heiseler 5, Dr. P. Tiling 5, Dr. Hecker 5, Dr. Wiedemann 5, Dr. Schiele 5, Dr. Mickwitz 5, Dr. v. Lingen 5, Dr. Krich 5, Dr. Fick 5, Dr. Westphalen 10, durch Dr. Germann und Dr. Blessig 50. Im ganzen bisher 300 Rbl.

Diese Summe ist der Livländischen Abteilung des St. Petersb. ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe überwiesen worden.

D. Red.

Berichtigung.

In Nr. 5, S. 51, Spalte II, Zeile 12 von oben soll es heissen Pauschalsummen!

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Professor Dr. Gustav Tiling ist, wie wir aus sicherer Quelle erfahren, in der auf autonomischer Grundlage vollzogenen Wahl zum Direktor des Klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna für das nächste Quadriennium wiedergewählt worden.

— Herzog Karl Theodor in Bayern, der bekanntlich als Augenarzt einen vorzüglichen Ruf geniesst, hat am 2./15. Februar in seiner Augenklinik in München die 5000. Staroperation unter Assistenz von Dr. Zenker und in Beisein der bei vielen dieser Operationen als Assistentin tätig gewesenen Herzogin Maria, seiner Gemahlin, ausgeführt.

— Das beratende Mitglied des militär-medizinischen gelehrten Komitees, Leibmedikus des Allerhöchsten Hofes Dr. Sander, ist auf sein Gesuch von dem Amte eines ausseretatmässigen Konsultanten des Ssemenowschen Militärhospitals, das er gleichfalls bekleidete, entbunden worden.

— Enthoben sind ihrer Aemter, die sie temporär während des Krieges im Fernen Osten bekleideten: in der I. Mandschurischen Armee — der Oberchirurg und Oberarzt des Wladiwostokschen temporären Hospitals Dr. Ponomarëw; in der II. Mandschurischen Armee — der Feld-Militär-Medizinalinspektor und Medizinalinspektor des Wilnaschen Militärbezirks Dr. Scholkowski; in der III. Mandschurischen Armee — der Oberchirurg und Konsultant des Warschauer Ujasdow-Hospitals Dr. Toporkow.

— Die Verhandlungen betreffs der durch das Deutsche Reich ins Werk zu setzenden wissenschaftlichen Forschungsreise nach Ostafrika, die bekanntlich unter Leitung Prof. Robert Kochs stehen wird, sind jetzt abgeschlossen. Die vom Reichshaushalt ausgeworfenen 120,000 Mk. für die Kosten sind darauf berechnet, dass das Unternehmen anderthalb Jahre dauern wird. Prof. Koch, den auf dieser Reise seine Gemahlin wieder begleitet, wird am 16. April mit dem Ostafrika-Dampfer «Bürgermeister» von Neapel die Ausreise antreten. Seine langjährigen Mitarbeiter bei den bakteriellen Forschungen, Prof. Dr. Beck und Stabsarzt Dr. Kleine, werden ihn begleiten. Der wissenschaftliche Zweck dieser Fahrt gilt neben anderem in erster Linie der Erforschung der Schlafkrankheit. Als Reiseziel kommt neben Deutschostafrika vorwiegend das benachbarte englische Uganda in Frage, wo sich in Entebbe, dem Sitz der Regierung, bereits eine wissenschaftliche Forschungsstelle befindet. In den letzten zehn Jahren sind in Afrika die Todesfälle an Schlafkrankheit auf 50,000 bis 200,000 geschätzt worden. Vom Westufer des Viktoria-Nyansa ist die gefährliche Seuche auch in das

deutsche Schutzgebiet nach Ostafrika verschleppt worden. Es ist anzunehmen, dass es Koch, der sich bereits wiederholt mit der Seuche an Ort und Stelle beschäftigt hat, gelingen wird, Wesentliches zur Bekämpfung der Krankheit beizutragen.

— Vom Kriegsschauplatz sind soeben nach Riga die Aerzte Bierich, Blumberg, Brackel, Büttner, Burchard, Demme, Friedenstein, Kröger, Kymmel, Laurentz, Schilling und Stender wohlbehalten zurückgekehrt.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 31. Januar hierselbst der freipraktizierende Arzt Dr. Eduard Maack nach langer Krankheit im 63. Lebensjahre. Die ärztliche Praxis hat der Verstorbene seit 1868 ausgeübt. 2) In Libau am 31. Januar der jüngere Arzt des 178. Wendenschen Inf.-Reg., Dr. W. M. Kokorew, im Alter von 36 Jahren. Die Venia practicandi hatte er im Jahre 1893 erlangt. 3) In Moskau der Korpsarzt des Grenadierkorps Dr. W. J. Predtetschenski im 58. Lebensjahre. Der Verstorbene ist mehr als 32 Jahre als Militärarzt tätig gewesen. 4) Am 28. Januar in St. Petersburg einer der ältesten hiesigen Aerzte Dr. Ludwig Krassowski im 82. Lebensjahre. Der Hingeschiedene, welcher seit 1851 hier praktizierte, war viele Jahre auch Medizinalbeamter für besondere Aufträge beim Medizinaldepartement. 5) In Tübingen der langjährige Dozent für Pharmakognosie an der dortigen Universität, Apotheker Wilh. Mayer, im Alter von 72 Jahren. 6) In Bonn Dr. Leopold Besser, ein bekannter Psychiater und der Begründer und frühere Leiter der Irrenanstalt Pützchen (bei Bonn), in hohem Alter.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Zum ordentlichen Professor der Hygiene an der Universität Tübingen ist der Prof. extraord. der Bakteriologie an der technischen Hochschule zu Dresden, Dr. Kurt Wolf, ernannt worden.

— Prof. Dr. Kolle vom Institut für Infektionskrankheiten in Berlin ist, wie aus Bern gemeldet wird, als ordentlicher Professor der Hygiene an die Universität Bern berufen worden.

— Der Direktor des pharmakologischen Instituts und Prof. extraord. an der Universität Marburg, Dr. W. Straub, hat den Ruf an die Universität Würzburg als Nachfolger des verst. Professors Kunkel auf dem Lehrstuhl der Pharmakologie angenommen.

— In der Konferenz der militär-medizinischen Akademie ist wieder die Frage der Eröffnung der Vorlesungen und wissenschaftlichen Beschäftigungen in der Akademie aufgeworfen worden. Die Konferenz hat zur Vorberatung über diese Frage eine Kommission niedergesetzt, welche aus den Professoren der Akademie A. I. Danilewski (Präses), A. I. Lebedew, S. W. Schidlowski, N. Tschistowitsch, J. Schawlowski und N. Mary besteht.

— Der militär-medizinischen Akademie ist, wie verlautet, vom Kriegsminister vorgeschrieben worden, die Zivilkranken aus den Kliniken fortzuschaffen, um Platz für die vielen kranken und verwundeten Krieger zu schaffen, welche gegenwärtig für teueres Geld in Privatheilanstalten untergebracht sind.

— Die Examina in der medizinischen Fakultät der Dorpater Universität sind auf folgende Termine anberaumt worden: für Doktoren der Medizin — vom 13. Februar ab, für Aerzte — vom 1. März bis zum 1. April, für Apothekergehülfen — von der zweiten Hälfte des April ab und für Zahnärzte und Dentisten — vom 6. März ab. Den Gesuchen um Zulassung zu diesen Prüfungen müssen alle nötigen Dokumente beigefügt sein, widrigenfalls diese Gesuche ohne Berücksichtigung gelassen werden.

— Die Moskauer Universität hat soeben ihren Jahresbericht pro 1905 veröffentlicht. Als Jahresbericht einer feiernden Universität verdient er besondere Beachtung. Von einer Lehrtätigkeit kann nicht die Rede sein, da die Vorlesungen nur kurze Zeit stattfanden. Das denkwürdige Jahr der Verleihung der Autonomie der Hochschulen ist für die Universität leider ein Jahr des Stillstandes der Arbeit gewesen. Es feierten 102 Professoren und Dozenten und 224 Privatdozenten, insgesamt 326 Lehrkräfte, von denen 149 etatmässige Aemter bekleideten. Die Gesamtzahl der in den Listen geführten Hörer betrug zum 1. Januar 1906 7186; davon waren 6832 Studenten, 354 Hospitanten und Apothekergehilfen. Gegen das Vorjahr ist die Zahl der Studenten um 1343, die der Hospitanten um 33 gewachsen. Die Universität haben vom 1. Januar 1905 bis zum 1. Januar 1906 368 Studenten verlassen, von denen 337 ihr Studium nicht abgeschlossen haben (10 mehr als im Vorjahre). Ihre Studien beendeten 31 Personen (775 weniger als im Vorjahre). Immatrikuliert wurden im Herbst d. J. 1905 — 1711 Studenten. Zur medizinischen Fakultät gehörten 1771 Studenten. An Spenden erhielt die Universität ca. 136,000 Rbl. von sechs Personen zugewiesen. — Stipendien wurden ca. 600 Studenten im Betrage von 142,430 Rbl. ausgezahlt. Ausserdem wurden 17,510 Rbl. für Unterstützungen ausgegeben. — Die vom Staat angewiesenen Mittel für den Unterhalt der Universität und ihrer Anstalten betrugen 1,385.487 Rbl. Der Kapitalbesitz (Stiftungen etc.) hat die Höhe von 5,075,341 Rbl. erreicht. Die Kollegiengelder u. a. Einnahmen betrugen im ersten Semester 101,867 Rbl., im zweiten nur 36,450 Rbl. Die Gesamtkosten des Unterhalts beliefen sich auf 1,800,730 Rbl. Für die Schätzung allein des materiellen Verlustes, den der Ausstand der Universitäten mit sich bringt, bieten obige Daten einige Stütze.

— Dem weiblichen medizinischen Institut ist wie der «R. Wratsch» hört, das Recht verliehen worden, die Prüfungen zur Erlangung des Diploms eines Apothekergehülfen, Provisors, Magisters der Pharmazie und Zahnarztes vorzunehmen.

Standesangelegenheiten.

— Aus Moskau ist die Nachricht eingetroffen, dass der Oberarzt der hiesigen Irrenanstalt des heil. Nikolaus des Wundertäters Dr. N. Reformatski dort erkrankt sei. Der ihn behandelnde Chirurg soll einen Rippenbruch konstatiert haben, den Dr. R. bei dem bedauerlichen Vorfall in der Irrenanstalt davongetragen hat.

Von dem Dienstpersonal der obengenannten Irrenanstalt sind anlässlich der Affäre mit Dr. Reformatski 28 Personen verhaftet jedoch von ihnen 5 Personen einstweilen wieder auf freien Fuss gesetzt worden. Der ehemalige Inspektor der Anstalt Schulz befindet sich noch in Haft.

— Die Verhaftungen von Aerzten, welche der Teilnahme an politischen Umtrieben und namentlich der Betreibung von regierungsfeindlicher Propaganda beschuldigt werden, mehren sich mit jedem Tage. Einige dieser Aerzte sind bereits zu Strafen verurteilt, oder auf administrativem Wege aus ihrem Wohnorte in entfernte Gouvernements ausgewiesen worden, andere sind den Gerichtsbehörden zur Aburteilung übergeben worden. So ist in den letzten Tagen in dem Prozess in Angelegenheiten der Meuterei auf dem Panzerschiffe «Knjas Potemkin» der Arzt des Schiffes Dr. Gorlenko vom Militärmarinegericht zur Ausschliessung aus dem Dienst verurteilt worden. — Die im Dezember verhafteten Landschaftsärzte des Klinschen Kreises J. Lurje und W. Renault sind ins Gouvernement Irkutsk, der Swenigorodskische Sanitätsarzt D. J. Dorf ist ins Gouvernement Tobolsk verbannt worden. — Wegen Anteilnahme an dem letzten Streik in Jekaterinoslaw ist u. a. der Oberarzt des städtischen Krankenhauses Dr. Butakow dem Gerichtshof zur Aburteilung übergeben worden. — In Schloss Serben (Livland) ist der dortige Arzt Hugo Seeberg verhaftet worden, weil er als Kassendirektor eine grössere Geldsumme zur Anschaffung von Waffen und zu anderen Kampfzwecken geschenkt hatte. Er ist nachher freigelassen worden, obschon die Untersuchung einen sehr drohenden Charakter angenommen hatte. — In Irkutsk sind die Aerzte der sibirischen Eisenbahn P. Nikanorow und A. G. Netschajew, in Homel die Aerzte W. Sacharin und Cheidin, in Klin die Aerztin A. M. Juschkowa und im Gouv. Woronesh die Aerztin Grodnjanskaja arretiert worden. — In Wladi-

wostok ist der Oberarzt der Ussuri-Militärbahn Lankowski verhaftet worden, weil er den Chef dieser Eisenbahn, der mit einer Abteilung Kosaken die Bahnlinie zur Besichtigung des längst schon eingestellten Streiks befuhr, für geisteskrank erklärt hatte (Ssib. Shisn. — R. Wr.). — Die Peterhofer Landschaft hat die Aerztin Jegunowa wegen ihrer in politischer Beziehung schädlichen Tätigkeit aus dem Dienst entlassen.

— Die Landschaftsärzte des Moskauer Kreises haben am 1. Februar beschlossen, in corpore ihren Abschied zu nehmen. Der Grund sind Differenzen mit dem Kreislandschaftsamt, das die Aerzte nicht nach ihrer Tüchtigkeit, sondern nach ihrer Anpassungsfähigkeit einschätze. Es haben sich, der «Pet. Tel.-Ag.» zufolge, sofort eine Menge Kandidaten zu den Vakanzen gemeldet.

Verschiedene Mitteilungen.

— Die Sterblichkeit in Deutschland in den letzten drei Jahrzehnten. In der deutschen Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege in Berlin hat vor kurzem Privatdozent Dr. Felix Hirschfeld über die Aenderungen der Sterblichkeit in den letzten drei Jahrzehnten gesprochen. In dieser Zeit ist in Deutschland die Sterblichkeit erheblich zurückgegangen: von 27. v. T. auf 20 v. T. Die Besserung ist erfolgt durch das Zurücktreten der Infektionskrankheiten, Scharlach, Diphtherie, Typhus, Masern und Kindbettfieber. Am grössten stellt sich aber der Rückgang bei der Tuberkulose. Die Besserung betrifft vor allem die jüngeren Altersklassen; nach dem 40. und 50. Jahr ist die Lebensverlängerung hingegen bei der gesamten Bevölkerung nur gering; in den wohlhabenden Klassen ist sie sogar nach den Ermittlungen der Lebensversicherungsgesellschaften überhaupt nicht vorhanden. Dies lässt sich nur so erklären, dass entweder die allgemeine Widerstandsfähigkeit gesunken ist, oder dass andere Krankheiten häufiger geworden sind. Eine allgemeine Schwächung infolge mangelhafter Auslese in dem frühesten Kindesalter, indem auch schwächliche Elemente erhalten würden, wird tatsächlich von vielen Rassenhygienikern wie Schallmayer und Grotjahn angenommen. Auch der Bearbeiter des von der Gothaer Lebensversicherung gesammelten Materials Florschütz huldige dieser Ansicht. Hirschfeld bekämpft diese Anschauungen, die den Erfahrungen der Kinderärzte widersprächen. Dieselben schädlichen Momente, die einen Teil der Kinder hinwegraffen, schwächen auch die überlebenden, indem sie den Eintritt von Darmkatarrhen, Rachitis und Skrophulose oder Tuberkulose begünstigen. Ausserdem würde diese Theorie auch durch die Statistiker von Köppe, v. Vogl und Prinzing widerlegt. Viel wahrscheinlicher scheine die Mehrsterblichkeit nach dem 40. und 50. Jahr durch die stärkere Verbreitung anderer Krankheiten bedingt zu sein. Unter diesen Erkrankungen kommen zuerst die Geisteskrankheiten in Betracht. Die hierdurch unter Umständen hervorgerufene Verkürzung der Lebensdauer sei aber nicht hoch zu veranschlagen; denn nur eine Psychose, die progressive Paralyse, verlaufe in wenigen Jahren tödlich. Viel stärker wäre der Einfluss der Erkrankungen des Zirkulationsapparates (Herzkrankheiten, Schlaganfälle und Nierenkrankheiten) zu veranschlagen. Durch die Beobachtungen der Lebensversicherungen sei nämlich eine grosse Sterblichkeit in den Altersklassen zwischen 45 und 65 Jahren in einzelnen Berufsständen nachgewiesen, die bei reichlicher Ernährung sich wenig körperliche Bewegung machen. Dies treffe nicht allein für viele aus den wohlhabenden Klassen zu, sondern auch für eine grosse Zahl von Personen aus den unteren Klassen, die als Aufseher oder im Bureaudienst tätig sind und meist etwas besser bezahlt werden als sie von früher her gewohnt sind. In diesen Kreisen sei die Disposition zu den Zirkulationserkrankungen besonders gross, namentlich dann, wenn noch die Schädigung durch reichlichen Alkoholgenuss hinzukäme. Hierzu tragen aber die heutigen Verhältnisse in den Grossstädten besonders bei, weil der Mann zumeist wenig Neigung verspürt, nach den Anstrengungen des Tages in seiner kleinen Wohnung zu bleiben, sondern die Kneipe aufsuche. Hirschfeld tritt daher warm für die Dezentralisation der grossen Städte ein. Ausser den Zirkulationserkrankungen habe mit Sicherheit auch die Zuckerkrankheit an Häufigkeit zugenommen. Eine Zunahme der Blinddarmentzündung sei sehr wahrscheinlich, ebenso wie die der Influenza. Nicht festzustellen wäre mit Sicherheit, ob die Krebserkrankungen und die Geschlechtskrankheiten, namentlich die Syphilis, häufiger geworden wären.

— Vakanzen für Aerzte. Wie der Medizinalinspektor des abgeteilten Korps der Grenzwache im «R. Wr.» mitteilt, sind gegenwärtig im Korps der Grenzwache in Transkaukasien und in Mittelasien Vakanzen für jüngere Aerzte vorhanden. Das Gehalt beträgt 1562 Rbl., dazu kommen in Mittelasien noch 273 Rbl. sog. Portionsgelder. Alle 4 Jahre wird das Gehalt um 204 Rbl., nach 8 Jahren aber um 264 Rbl. erhöht. Freies Quartier und zur Bedienung ein Denschtschik. Alle Dienstrechte der Militärärzte in entfernten Gegenden des Reiches. Zur Erziehung der über 8 Jahre alten Kinder erhält der Arzt 60 Rbl. jährlich. Die Dienstverpflichtungen bestehen in der medizinischen und wirtschaftlichen Leitung einer Lazarettabteilung von 10 Betten und in der sanitären Beaufsichtigung der Grenzwacheposten in einem bestimmten Rayon.

Bewerber, welche vor nicht länger als 10 Jahren den Kursus absolviert haben, können ihre Gesuche mit den Dokumenten auf den Namen des Medizinalinspektors des abgeteilten Korps der Grenzwache (St. Petersburg) einsenden.

— Die Zeitschrift «Medizinische Reform» ist jetzt zur «Wochenschrift für soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik» erweitert und in den Verlag der Aktiengesellschaft Gutenberg in Berlin übergegangen.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 28. Jan. d. J. 11618 (138 mehr als in d. Vorw.), darunter 1095 Typhus — (13 mehr), 1132 Syphilis — (2 wen.), 459 Scharlach — (23 mehr) 176 Diphtherie — (13 mehr), 77 Masern — (11 wen.) und 22 Pockenkranke — (2 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 22. bis zum 28. Jan. d. J. im ganzen 780 (430 M., 350 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 26, Febris recurrens 4, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 21, Scharlach 38, Diphtherie 27, Croup 0, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 20, Erysipelas 7, Grippe 6, Katarrhalische Lungenentzündung 53, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 16, Tuberkulose der Lungen 101, Tuberkulose anderer Organe 32, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 42, Marasmus senilis 39, Krankheiten des Verdauungskanals 99, Totgeborene 41.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 21. Febr. 1906.

Tagesordnung: A. Feldt: Ueber Marmorek's Antituberkuloseserum.

Petersen: Krankenvorstellung.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 13. Febr. 1906.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift“ erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. E. Blessig in St. Petb., W. O., 4 Linie, 5 zu richten. Sprechstunden tägl. ausser Mittwoch u. Sonntag v. 4—6 U. Telephon 20557.

№ 7 St. Petersburg, den 18. Februar (3. März). 1906.

Die Livländische Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke Stackeln.

I.

Bauprogramm und allgemeine Gesichtspunkte.

(Vortrag und Demonstration auf dem XVII. Livländischen Aerztetage zu Arensburg.)

Von

Dr. Albert Behr.

Am 3. März 1899 anerkannte der Landtag der Livländischen Ritterschaft als eine „der ersten Verpflichtungen“, welche dem Lande obliegen, für die Geisteskranken, speziell für die Geisteskranken der bäuerlichen Bevölkerung, Sorge zu tragen, und beschloss, um „dem herrschenden Notstande“ zu steuern, die Gründung eines „Livländischen Irrenasyles“. Dieser Beschluss hatte eine einschneidende Bedeutung und bildete den Wendepunkt in der Geschichte der Fürsorge für Geisteskranke unserer engeren Heimat. Endlich war der Stein ins Rollen geraten und die langjährigen Klagen der Aerzte und Laien über die traurige Lage der Geisteskranken auf dem Lande an massgebender Stelle anerkannt und eine Abhilfe ins Auge gefasst. Nach einer Reihe von Vorarbeiten, unter denen der Bericht des Dr. Chr. Ströhmberg über die Livländische Irrenenquête besonders hervorragt, erwählte der ordentliche Landtag der Livländischen Ritterschaft vom Jahre 1902 eine Baukommission unter dem Präsidium des Landrats Baron Ungern-Sternberg, — Schloss Fellin und beschloss „die so wichtige Sache betr. die Verpflegung der Geisteskranken möglichst schleunigst zu fördern“. Die Wahl eines geeigneten Ortes zur Errichtung einer Landesirrenanstalt stiess auf Schwierigkeiten. Einige waren der Meinung, die Gebäude des ehemaligen Livländischen Landesgymnasiums zu Birkenruhe bei Wenden zu einer Irrenanstalt auszubauen, wieder andere wiesen die Aufmerksamkeit auf die aufgelassenen Gebäude der Fabrik Quellenstein in der Gegend von Pernau resp. auf die Gebäude der Fabrik Solitude bei Wenden. Zum Glück für die Sache fasste die Baukommission den wichtigen Entschluss, von dem Ausbau irgend welcher zu anderen Zwecken errichteter Gebäude Abstand zu nehmen und einen den heutigen Verhältnissen entsprechenden Neubau auszuführen. Die Wahl der Baukommission fiel auf eine unmittelbar an der Eisenbahnlinie Riga-Walk 133 Werst von Riga entfernt belegene Parzelle des der Ritterschaft gehörigen Gutes Alt-Wrangelshoff Namens Stackeln. Die Landesverwaltung nahm den Vorschlag der Baukommission an und beschloss endgiltig die Landes — Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke in Stackeln zu errichten. Im Dezember des Jahres 1903 erfolgte die Ernennung des Direktors der Anstalt und im Januar des folgenden Jahres 1904 die Wahl des bauleitenden Architekten, Herrn August Reinberg aus Riga.

Bevor der Bau der Landesirrenanstalt in Angriff genommen wurde, schien es der Baukommission im Interesse der Sache notwendig, eines ihrer Glieder (Herrn von Hansen — Planhof) und den zukünftigen Leiter der Anstalt ins Ausland zu senden, um die Fortschritte auf dem Gebiete der praktischen Irrenheilkunde zu studieren und die Ergebnisse der Reise bei dem beabsichtigten Neubau zu verwerten. Der bauleitende Architekt schloss sich der Reise an und dieselbe wurde im Frühling des Jahres 1904 unternommen.

Der Zweck einer gemeinsamen Reise, an der Baumeister, Arzt und Bauherr, in diesem Falle der Vertreter der Baukommission teilnahmen, lässt sich in Kürze dahin formulieren: der Psychiater soll bautechnisch und der Bauleiter resp. der Bauherr psychiatrisch denken lernen. „Ich glaube“, so bemerkt zutreffend Kolb[1], „keinem Psychiater wird anfänglich ein peinliches Gefühl von Unsicherheit fern geblieben sein, als er sich zum ersten Mal vor die Aufgabe gestellt sah, bei dem Neubau oder der Erweiterung einer Anstalt beratend oder gar beschliessend mitzuwirken. Und das darf nicht

[1]) cf. Psychiatr. Wochenschrift 1901—1902, p. 57.

Wunder nehmen: das bautechnische Gebiet liegt unsern Studien ganz fern; es sich zu erschliessen, ist nicht ganz leicht; unsere Zeit ist gewöhnlich durch die notwendige Fortbildung auf spezialwissenschaftlichem wie auf allgemein ärztlichem Gebiete mehr oder minder vollständig in Anspruch genommen u. s. w.". Andrerseits ist zu bemerken, dass der Baumeister ohne besondere psychiatrische Vorstudien garnicht in der Lage ist, die Intentionen des Arztes zu erfassen und den Ansprüchen seiner Auftraggeber gerecht zu werden. Dagegen gestattet eine gemeinsame Reise einen wesentlich andern Gedankenaustausch über rein psychiatrische und baupsychiatrische Fragen, als es auf irgend eine andere Weise möglich ist. Das Reiseziel bildeten einige mitteleuropäische Anstalten, die im letzten Jahrzehnt erbaut waren und deren Grundrisse und bauliche Anordnungen die neueren Bestrebungen der praktischen Psychiatrie deutlich hervortreten liessen. Wir besuchten gemeinsam mit dem bauleitenden Architekten die Anstalten Dziekanka bei Gnesen, Obrawalde bei Meseritz, Treptow a. d. Rega, Lüneburg und Dösen bei Leipzig. Die Anstalt Obrawalde bei Meseritz befand sich noch im Bau — die Eröffnung hat erst in diesem Jahre stattgefunden — und wir waren somit in der glücklichen Lage eine Anstalt während des Baues zu besichtigen und den leitenden Baumeister an Ort und Stelle über seine Ansichten zu hören. Von ganz besonderem Wert für die zu erbauende Livländische Landesanstalt war der Aufenthalt in Dziekanka, in Treptow und in Dösen. Wir können auch an dieser Stelle dem Herrn Sanitätsrat Dr. Kayser, dem Herrn Sanitätsrat Dr. Merklin und dem Oberarzt Dr. H. Dehio nicht genug danken für die zahlreichen Fingerzeige und Hinweise, die sie uns zukommen liessen. Auf dem Wege nach Lüneburg besichtigten wir eine ältere Anstalt, die Staatsirrenanstalt Friedrichsberg in Hamburg. Die Anstalt war in den Jahren 1861—1866 nach den Angaben von L. Meyer erbaut und bildete einst eine Sehenswürdigkeit auf psychiatrischem Gebiete. Die Anstalt ist natürlich heutzutage längst überholt und veraltet. Trotzdem ist es aber dringend erforderlich, auch alte Anstalten zu besuchen, um durch den Vergleich mit den Bauten der Gegenwart die Entwickelung der psychiatrischen Anschauungen sich plastisch vorzustellen und die Fortschritte der Hygiene zu übersehen. Ohne Begleitung des bauleitenden Architekten besuchten wir die Anstalten Ilten bei Hannover, und in Oestreich Salzburg und Mauer-Oehling. Ilten ist die berühmte Schöpfung von F. Wahrendorff sen., der vor einem Menschenalter den kühnen Versuch wagte, nach dem Vorbilde von Gheel die Familienpflege Geisteskranker ins Leben zu rufen. Es galt in Ilten sich durch den Augenschein zu überzeugen, wie landwirtschaftlicher Betrieb und Familienpflege Geisteskranker Hand in Hand gehen und wie die wichtige Frage der Fürsorge für chronische Geisteskranke zu handhaben und zu gestalten ist. Die Anstalt Salzburg hatte für uns ein sozusagen historisches Interesse, da in den Vorarbeiten zur Begründung eines „Livl. Irrenasyles" (1899—1902) die Grundrisse und Pläne dieser Anstalt eine grosse Rolle gespielt hatten. Die vom Livländischen Landtage im März des Jahres 1899 zur Bearbeitung der Irrenhausfrage gewählte Kommission hatte seinerzeit Herrn Dr. Chr. Ströhmberg in Dorpat beauftragt, ausländische Irrenanstalten zu besichtigen „zum Zwecke der Verwertung der daselbst gemachten Erfahrungen bei der Gründung eines Livländischen Irrenasyles". In dem Reisebericht des Dr. Ströhmberg [2]) finden sich die Hinweise auf diese kleine in vieler Beziehung so trefflich geleitete Irrenanstalt und zugleich der Vorschlag, die Livl. Anstalt nach dem Muster der Salzburger zu erbauen.

Endlich besuchte ich noch allein die sehr sehenswerte Anstalt Gross-Schweidnitz bei Löbau in Sachsen und Herzberge bei Berlin [3]). — Nach unserer Heimkehr aus dem Auslande galt es vor allem das Bauprogramm zu entwerfen, um die Arbeit auf eine solide Basis zu stellen und von vornherein Minderwertiges und Stückwerk auszuschliessen. Ein Bauprogramm darf niemals einem augenblicklichen Bedürfnis Rechnung tragen, sondern muss so abgefasst sein, dass es jederzeit ohne Schwierigkeiten die fortschreitende Entwickelung der Fürsorge für Geisteskranke des betreffenden Gebietes ermöglicht und gestattet. Wo diesem Gesichtspunkte nicht Folge geleistet wurde, hat es sich stets über kurz oder lang als schwerer Fehler erwiesen und Gemeinden und Kommunen nachträglich mit grossen Kosten belastet. Die Feststellung und die Richtschnur, welche das Bauprogramm einhält, bedeutet aber keineswegs, dass das aufgestellte Bauprogramm schon in der gegenwärtigen Bauperiode vollständig zur Ausführung gelangen muss, sondern das Bauprogramm kann sich nach Massgabe der vorhandenen Mittel und der Zeitumstände (z. B. die gegenwärtige politische Lage auf dem Lande) über eine längere Reihe von Jahren erstrecken. Selbstredend liegt es im Interesse des Leiters der Anstalt, dass das Bauprogramm sich nicht über einen zu langen Zeitraum erstreckt. Besteht aber ein festes Bauprogramm und ist man sich über die Richtungslinien des Baues im Klaren, so entspricht alles, was in der Folge zur Ausführung gelangt, dem vorher entworfenen Plane und die Gefahr ist vermieden, Veränderungen und Modifikationen zu schaffen, welche nie wieder gut zu machen und den ganzen Bau und seine Anlage schädigen.

Nachdem die so überaus wichtige Frage im gewünschten Sinne erledigt und die irrenärztlichen Gesichtspunkte für den Bau aufgestellt waren, schritt der Herr Baumeister zur endgiltigen Arbeit und zum definitiven Entwurf.

* * *

Der Schwerpunkt der modernen Irrenanstalt, das A und O jeder praktischen Psychiatrie liegt in der Erkenntnis, dass ein tüchtiges Pflegepersonal unumgänglich notwendig ist, um Geisteskranke human und menschenwürdig zu behandeln. Es ist eine Tatsache, dass die Gefährlichkeit und die Erregung der Geisteskranken abnehmen, wenn die Pflege und Aufsicht der Kranken taktvoll und zweckentsprechend gehandhabt werden. Der Arzt kann seine Kranken, auch beim besten Willen, nicht immer beaufsichtigen und neun Zehntel der Arbeit lastet auf dem Pfleger. Diese so einfache Erkenntnis ist es, die den gegenwärtigen Bau der Irrenanstalten von der der früheren Jahre so wohltuend unterscheidet. Je tüchtiger und zuverlässiger das Pflegepersonal ist, um so weniger Schutzvorrichtungen bedarf die Anstalt und um so mehr gleicht die übelbeleumundete Irrenanstalt einem gewöhnlichen allgemeinen Krankenhause. Welche absonderlichen Fenster, Türen, Treppen und Zimmerkonstruktionen wurden nicht erdacht, um sich vor dem Kranken zu schützen, der Baumeister verschwendete seinen ganzen Witz an der Konstruktion von Sicherheitsvorrichtungen, die nun alle, Gott sei gedankt, zu den Raritäten gehören.

---

[2]) Bericht über die Livländische Irrenenquête, sowie über das Resultat der Auslandreise zur Besichtigung von Irrenanstalten etc. Dorpat 1902.

[3]) Ueber die Details der Reise vergl. Baltische Monatsschrift 1904, H. 5. [4])

[4]) Es ist mir ein Bedürfnis auch an dieser Stelle allen Kollegen und Anstaltsdirektoren für viele freundliche Auskünfte und Angaben herzlich zu danken. Insbesondere gebührt der Dank Herrn Direktor Wahrendorff, Herrn Sanitätsrat Krell, Herrn Oberarzt Illberg, Herrn Oberarzt von Grabe, Herrn Direktor Schweighofer, Herrn Professor Starlinger und Herrn Regierungsbaumeister Kübler.

Die Idee des Non-Restraint (kein Zwang) bricht sich von Jahr zu Jahr grössere Bahn und die Anordnung und der Aufbau der neueren Irrenanstalten lassen auch schon rein äusserlich, bautechnisch betrachtet den Sieg dieses Gedankens erkennen. Wer ältere Irrenanstalten aus eigener Anschauung kennt, oder gar in ihnen gearbeitet hat, dem fallen in der modernen Anstalt vor allem auf:

1) gemeinsame Krankenräume, Wachsäle, in denen die Kranken zu Bett liegen und Tag und Nacht Aufsicht und Pflege geniessen;

2) Badesäle, in denen die Kranken Tag und Nacht in der Wanne verbringen und die sog. Dauerbäder erhalten;

3) besondere Räume resp. Heime, die ausschliesslich dem Pflegepersonal zur Verfügung stehen.

Die Wachsäle mussten sich in den Irrenanstalten notwendigerweise von dem Zeitpunkt an entwickeln, als man aufhörte, die Kranken während der Erregung in Zellen einzusperren, d. h. zu isolieren und sich daran gewöhnte, Geisteskranke als Kranke, als Gehirnkranke zu betrachten, und sie ins Bett legte, um sie zu beruhigen und zu heilen. Mit der Einführung der Bettbehandlung verschwand der Charakter der spezifischen Irrenanstalt und die Irrenhäuser verwandelten sich in Krankenhäuser. Die Methode der Bettbehandlung sieht scheinbar so einfach aus, sie „hat so ganz und gar nicht Geniales und Imponierendes an sich" und doch hat sie die gesamte Irrenpflege gründlicher umgestaltet, als es einst bei der Abschaffung der Zwangsjacke der Fall war. Die Bettbehandlung gestattet den Geisteskranken sauber und menschenwürdig zu verpflegen, denn wer zu Bett liegt, ist leichter zu säubern, als wer umherläuft und tobt! Die horizontale Lage hemmt die ungestümen Bewegungen der Glieder, regelt den Blutkreislauf, schützt den Kranken vor Abmagerung und Schwäche und erzeugt das Gefühl, man behandle ihn als Kranken, nicht als Rasenden.

Man versucht, soweit es irgend angeht, die Wachsäle nicht zu gross anzulegen und vermeidet es, mehr als neun Personen in einem Zimmer zu verpflegen. Wenn es die Verhältnisse nur gestatten, so erbaut man eine Reihe von zusammenhängenden kleinen Räumen für etwa 3 bis 5 Patienten, wie es in dem zweiten Stockwerke des Hauses für ruhige Kranke und in dem Hause für halbruhige Kranke in Aussicht genommen wurde (vergl. die Pläne). Eine derartige Anordnung gestattet in höherem Masse die Kranken in Gruppen zu trennen und dem psychischen Zustande des einzelnen möglichst gerecht zu werden. Die berechtigte Sorge und die ewig sich wiederholende Frage der Angehörigen, ob nicht viele Geisteskranke zusammen in einem Raume sich gegenseitig erregen, ist durch eine derartige Anlage einigermassen beseitigt und aufgehoben. Es ist ferner durchaus notwendig im Anschluss an jeden Wachsaal Tagräume anzubauen, welche während der Bettbehandlung den Kranken vorübergehend das Aufstehen gestatten und in vielen Fällen „eine Bettsucht" verhindern. Bei der Zweisprachigkeit unserer Landbevölkerung und der Verschiedenartigkeit ihrer Anschauungen und Gewohnheiten werden die Wachsäle und die zugehörigen Tagräume so angelegt, dass bei einem vorhandenen Bedürfnis die volkliche Trennung sich jederzeit ohne Schwierigkeiten bewerkstelligen lässt.

Die Isolierzellen, die in den älteren Anstalten eine so grosse Rolle spielten, verschwinden gegenwärtig aus den Grundrissen der Neubauten. Je tüchtiger und sorgfältiger das Pflegepersonal, um so unnötiger das Isolieren. Die zellenlose Behandlung der Geisteskranken ist für viele Aerzte ein Schlachtruf, aber ob das «zellenlose Jahrhundert» (Jolly) wirklich schon angebrochen ist, muss abgewartet werden. Soweit sich die Frage übersehen lässt, sind Zellen oder Isolierräume «Stübchen» bei einem Neubau, zumal bei uns zulande, noch nicht zu umgehen, und für alle Fälle in den Häusern für unruhige Kranke je zwei Zellen vorgesehen. Es kann doch gelegentlich vorkommen, dass ein Kranker mit verbrecherischen Anlagen von seinen Mitpatienten entfernt werden muss, zumal das ministeriell bestätigte Statut der Anstalt eine völlige Abweisung von kriminellen Geisteskranken nicht gestattet.

Eine weitere grosse Errungenschaft der modernen Psychiatrie sind die Dauerbäder. Die Dauerbäder spielen in der Behandlung der Geisteskranken eine hervorragende Rolle und die Wasserbehandlung bildet neben der Bettbehandlung eine der wichtigsten Stützen der praktischen Irrenpflege. Unruhige Geisteskranke, welche in früheren Jahren in Einzelzellen tobten und lärmten, die Dielen, Wände und ihre eigene Person mit Kot und Unrat besudelten, werden heutzutage einer systematischen Wasserbehandlung unterworfen und verweilen so lange im Bade, bis die Beruhigung eintritt und der Kranke seine sozialen Empfindungen wiedererlangt. Das Dauerbad muss sich unmittelbar an den Wachsaal anschliessen, so dass der Kranke jederzeit zwischen Bett und Bad leicht hin und her transportiert werden kann und der Nachteil vermieden wird, den das Aufstellen von Wannen im Wachsaal mit sich bringt. Es scheint weiter dringend erforderlich, im Zusammenhange mit dem Dauerbade Einzelbadezimmer vorzusehen, um besonders störende Kranke von ihren Mitpatienten abzusondern und nächtliche Dauerbäder ungestört zu verabfolgen. Das Dauerbad muss eine eigene Abteilung darstellen, und soll unter keinen Umständen als Reinigungsbad benutzt werden. Man muss es dem Kranken immer wieder zum Bewusstsein bringen, dass das Dauerbad eine ärztliche Massnahme darstellt, die mit der Reinigung der schmutzigen Kranken nichts gemein hat. Die Säuberung der neu eintretenden Patienten und die Reinigungsbäder der ruhigen und der arbeitenden Kranken und der Pfleger müssen in Räumen stattfinden, die speziell anzulegen sind. In den Häusern für unruhige und für halbruhige Kranke sind daher besondere Baderäume zu Reinigungsbädern vorgesehen. Ferner wurde im Anschluss an das Dampfkesselhaus ein Zentralbad gebaut, in welchem alle arbeitenden, alle ruhigen Kranken und alle Pfleger ihre Reinigungsbäder erhalten. Das Zentralbad soll einer gewöhnlichen volksüblichen Badestube entsprechen und den Gewohnheiten und Gepflogenheiten des Volkes angepasst sein.

Da die moderne Irrenanstalt ihren Hauptschwerpunkt auf ein zuverlässiges Pflegepersonal verlegt, so liegt es auf der Hand, alles aufzubieten, um gute Pflegekräfte heranzuziehen und sich zu erhalten. Während meiner Lehrjahre galt es in psychiatrischen Kreisen fast als Dogma, — ich habe es von berufener Seite oft gehört — dass ein Pfleger oder eine Pflegerin etwa fünf Jahre in ihrem Berufe brauchbar seien. Entweder seien sie alsdann verdummt oder sie täten wohl ihre Pflicht, aber als Automaten ohne Initiative. Forschte man nach den Gründen dieser Erscheinung, so erhielt man keine ausreichende, befriedigende Antwort. Nun, ich glaube, es ist heutzutage allen Irrenärzten geläufig, dass man weder vom Arzt noch vom Pfleger einen beständigen Umgang mit den Geisteskranken verlangen darf und unbedingt freie Zwischenzeiten einschalten muss. In den alten Anstalten lebte das Pflegepersonal ausschliesslich unter den Kranken, nachts schliefen sie auf den Korridoren oder mit den halbruhigen Elementen gemischt, besondere Aufenthaltsräume gab es nicht, Urlaub war sehr schwer zu erhalten, das Heiraten vollends war streng verpönt, was Wunder, dass unter solchen

Umständen das Pflegepersonal in kurzer Zeit versteinerte und erstarrte. Alle diese Erwägungen und Uebelstände haben nun in der Gegenwart dazu geführt, in den Anstalten besondere Räume anzulegen, in denen das Pflegepersonal sich nach dem anstrengenden Umgang mit den Geisteskranken zurückziehen und ausruhen kann. In den Häusern für ruhige Kranke ist das gesamte Obergeschoss als Pfleger- resp. Pfegerinnenheim hergerichtet und in allen Krankenhäusern sind noch besondere Erholungs- und Schlafzimmer vorgesehen, um dem Wartepersonal die so notwendige Ruhe und Abwechselung zu gewähren.

Die neueren Irrenanstalten sind baulich derart angeordnet, dass die Kranken in zerstreut liegenden einzelnen Gebäuden, die von einander durch Gärten und Anlagen geschieden sind, untergebracht werden (Pavillonsystem). Dagegen bestanden die Anstalten älteren Datums aus einem einzigen grossen Massenbau oder aus einer Reihe mehr oder weniger kasernenartiger, durch geschlossene Korridore untereinander eng verbundener Gebäudekomplexe, für deren bauliche Anordnung das Korridorsystem das Charakteristikum bildete. Es war nur zu natürlich, dass von dem Augenblick an, als der Begriff des Non-Restraint (kein Zwang) in der Psychiatrie sich einbürgerte, auch das Bestreben Platz griff, in der Aussenarchitektur und der Anlage der Gebäude auf die humane Bestimmung derselben hinzuweisen und beim Bau alles zu vermeiden, was an ein Arbeitshaus oder ein Haftlokal erinnerte. So verschwanden die Kasernenbauten und man war sichtlich bestrebt durch einen gefälligen Baustil eine gewisse Heiterkeit und Anmut in das Einerlei der Anstalt hineinzubringen.

Die zerstreute Bauart erleichtert nicht nur die Uebersicht über das Ganze, sondern auch über die einzelnen Krankenabteilungen. Man irrt nicht mehr treppauf, treppab, sondern in natürlicher Anordnung verteilen sich die einzelnen Häuser. Wir begegnen einer Aufnahmeabteilung, Häusern für unruhige Kranke, für Halbruhige, für Ruhige, für Sieche und einer gesonderten Baracke für ansteckende Krankheiten, speziell für Tuberkulöse. Bei der grossen Bedeutung, welche der Tuberkulose in den Irrenanstalten zukommt, war es notwendig bei der Neuanlage einer Irrenanstalt dieser Volkskrankheit Rechnung zu tragen, und ein eigenes Haus zu erbauen, um die tuberkulösen Geisteskranken von den übrigen Geisteskranken abzusondern und zu trennen. Abgesehen von den Gebäuden, die ausschliesslich dem Krankendienst dienen, giebt es ein Verwaltungsgebäude, ein Wirtschaftsgebäude, ein Maschinenhaus, Werkstätten, ein Pförtnerhaus u. v. a. m. Die Lage der einzelnen Baulichkeiten zu einander ist eine symmetrische. Mitten durch das Anstaltsgebiet verläuft eine ideelle Axe, die durch das Verwaltungsgebäude, das Wirtschaftsgebäude und das Maschinenhaus gebildet wird. Rechts und links von dieser «Verwaltungsaxe» liegen die einzelnen Krankenhäuser gesondert nach Geschlechtern.

Das Wirtschaftsgebäude, das Kesselhaus, die Werkstätten sind so weit als möglich von dem Verwaltungsgebäude und den Krankenhäusern abgerückt und gestatten durch diese Anordnung eine leichtere gefälligere Gruppierung der einzelnen Gebäude zu einander. Auf massive Umfassungsmauern oder komplizierte Zäune, die das ganze Grundstück umgeben, hat man verzichtet. Bezüglich der Frage, ob es notwendig sei, die einzelnen Krankengebäude einzufriedigen oder nicht, haben wir auch darin das Open-door (Offen-Thür)-System konsequent durchgeführt und besondere Einfriedigungen oder Höfe aufgegeben. Soweit ich persönlich diese Frage übersehe, sind alle Irrenärzte darin einig, dass geisteskranke Männer — von geisteskranken Verbrechern sehe ich natürlich ab — keine besonderen Umfriedigungen oder Höfe brauchen. Bei erregten Frauen aber halten viele einen derartigen Schutz doch für durchaus wünschenswert. Da nun aber, wie es nicht genug wiederholt werden kann, alles auf die Aufsicht und die Pflege ankommt, so hängen alle Schutzvorrichtungen von der Güte des Personals ab, und wenn dieses tadellos seine Pflicht erfüllt, so werden Umfriedigungen hinfällig. Nach dieser Richtung werden in Zukunft die Dauerbäder, das ist meine feste Ueberzeugung, noch unendlich viel nützen, und viele Kranke, die gegenwärtig im Tobhofe ihr Umwesen treiben, werden im Dauerbade sich beruhigen und mässigen. Will man Umfriedungen für die Häuser der unruhigen und halbruhigen Kranken schaffen, so wähle man einen niedrigen Staketenzaun oder kleine, etwa 1 Meter hohe Einfriedigungen, wie sie in Privatgärten üblich sind, aber vermeide alles, was an Zuchthaus und Isolierung erinnert.

Was die Fenster und deren Verkleidung betrifft, so ist in der Anlage derselben alles vermieden, was an Zwang und Arrest erinnert. Gitter wurden gar nicht verwandt, dagegen wählte man in den Häusern für Unruhige dickeres Glas und eiserne Sprossen. Je weniger sich die Fensterkonstruktion auffallend gestaltet und von den Fenstern der gewöhnlichen Wohnhäuser unterscheidet, um so seltener zerstört der Kranke das Fenster, denn der Reiz und die Lust, das Fremdartige zu zerstören, fallen fort.

Eine schwierige Frage, speziell in den Räumen für unruhige Kranke, bildet die zweckmässige Anlage der Aborte. In einigen Anstalten befindet sich der Abort in der Wand des Waschsaales und den Verschluss bildet eine zur Hälfte aus Glas bestehende bewegliche Holztür, die wandschrankartig geformt ist. In anderen Anstalten ist der Abort in den Wachsaal selbst hinein verlegt und durch spanische Wände zu öffnen und zu schliessen. Es ist ja nicht in Abrede zu stellen, dass die Anordnung des Abortes im Wachsaale selbst grosse Vorzüge aufweisst, und die Bewachung der Kranken ausserordentlich erleichtert, aber das ästhetische Gefühl sträubt sich gegen diese Bauweise, da diejenigen Kranken, die in der Nähe der Aborttür liegen, durch das beständige Hin- und Hergehen und durch den Zug belästigt werden. Da in den alten Irrenanstalten gerade in den Aborten die Kranken mit Vorliebe ihre Selbstmordversuche anstellten, so wirkt die Erinnerung an diese Vorgänge noch immer nach und beeinflusst die bauliche Anlage. Erinnern wir uns aber an die vorhin gemachten Bemerkungen über den Schutz und die Aufsicht der Kranken, so ist es klar, dass alle besonderen Klosettkonstruktionen hinfällig sind, sobald das Pflegepersonal unzuverlässig ist und versagt. Soll eine Irrenanstalt gut und tadellos funktionieren, so kommt viel darauf an, dass die Kranken ihre Bedürfnisse schnell und ohne Störung vollenden. Die Aufsicht des Kranken auf dem Abort soll nicht zu erschwert sein, und das Gedränge und Ansammeln an diesem Orte sind möglichst zu vermeiden. Es empfiehlt sich daher in dem Bauplan einer Irrenanstalt so viel Aborte als irgend möglich vorzusehen und in den Häusern für unruhige und halbruhige Kranke wenigstens auf je 8 Personen einen Abort anzulegen. Die Aborte müssen vom Wachsaale aus leicht zu erreichen sein und in ihrem äusseren Aufbau sich nicht von einem Abort in einem beliebigen Kranken- oder Privathause unterscheiden. In die Tür des Abortes tue man ein Fenster und verkleide dasselbe mit einem kleinen Vorhang, so dass durch das Fenster nicht nur die Aufsicht möglich ist, sondern zugleich das Empfinden des Kranken geschont wird.

Eine weitere Frage bildete die geeignete Anlage für die Heizung und Lüftung der Kranken-

räume. Sollte man die Anstalt durch Oefen erheizen und die Krankenräume durch Fenster und Türen lüften, oder eine Zentrale errichten und eine Fernheizanlage in's Auge fassen? Für die Anlage einer Zentrale sprechen nicht nur technische Gründe, sondern in gleichem Masse psychiatrische Erwägungen.

Vor allem ist darauf aufmerksam zu machen, dass die Feuergefährlichkeit bei der Anlage einer Zentralheizung in den einzelnen Krankenhäusern so gut wie ausgeschlossen ist. Wenn schon bei dem Bau eines beliebigen Privathauses der Baumeister so weit als irgend möglich darauf bedacht ist, die Feuergefährlichkeit auf das geringste Mass herabzusetzen, so erst recht bei dem Bau einer Anstalt, deren Aufgabe darin besteht, Geisteskranke zu behandeln und zu heilen. Ein Brandschaden in einer Anstalt für Geisteskranke ist nicht gleichbedeutend mit einem Feuerschaden in einem Privathause, oder einem Krankenhause mit körperlich Kranken. Hier und dort können die Einzel-Individuen im Falle der Gefahr sich doch noch selbständig zurechtfinden und handeln, während Geisteskranke in den meisten Fällen Unmündigen gleichen, und zu ihrer Rettung in kritischen Augenblicken ungleich mehr Vorsichtsmassregeln und Hilfskräfte gehören als bei anderen Personen.

Weiter ist darauf hinzuweisen, dass die Anlage einer Zentralheizung nicht nur den Pflegedienst in einer Irrenanstalt erleichtert, sondern denselben im Sinne der modernen Irrenheilkunde geradezu erst ermöglicht. Da die Irrenanstalten in der Gegenwart, wie schon erwähnt, so gebaut werden wie gewöhnliche Krankenhäuser, da alle Zwangsmassregeln fortfallen, so liegt der Schwerpunkt der Behandlung von Geisteskranken in einer sorgfältigen Beaufsichtigung derselben und in einer hingebenden Pflege. Um dieses Ziel zu erreichen, muss das Pflegepersonal einer Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke derart erzogen sein, dass die Aufmerksamkeit desselben ausschliesslich auf die Kranken gerichtet ist und es darf dasselbe durch keinerlei Nebenbeschäftigungen von der Hauptsache d. h. der Krankenpflege abgelenkt werden Nur unter einer solchen Voraussetzung ist es möglich, praktische Irrenheilkunde in die Wirklichkeit umzusetzen und die Irrenanstalt ihres Charakters zu entkleiden als letzte Zufluchtsstätte unbändiger Elemente, als Tummelplatz der Tobenden und Narren.

Hat das Pflegepersonal neben der Krankenpflege noch die Aufgabe, die Krankenräume durch Oefen zu erheizen, so müssen die Pfleger und Pflegerinnen, zumal in unseren nördlichen Breiten, eine Unsumme von Zeit damit ausfüllen, die Oefen zu heizen, die Zimmer zu lüften, und die heizenden Oefen zu beaufsichtigen. Das Pflegepersonal wird durch diese Tätigkeit seinem Berufe entzogen und auf Kosten der Krankenpflege zu Nebenbeschäftigungen herangezogen. Da nun erfahrungsgemäss eine grosse Reihe von Geisteskranken, beispielsweise die Deprimierten, unmittelbar nach dem Erwachen aus dem Schlafe am meisten der Pflege bedürftig sind, da die «Morgenangst» der Melancholischen sprichwörtlich ist, so ist es eigentlich ausgeschlossen, den Pfleger in diesen Stunden mit Heizen und Lüften zu beschäftigen. Anderseits dürfte es im Interesse der Erwärmung und der Reinlichkeit doch wiederum geboten sein, in den Frühstunden zu heizen, so dass der Pfleger nur zu leicht dazu verleitet wird, sei es den Kranken zu vernachlässigen oder die Oefen mangelhaft zu bedienen. Alle derartigen Bedenken fallen bei der Anlage einer Zentralheizung fort und die Aufmerksamkeit und die Arbeitskraft des Pflegepersonales bleiben einzig und allein zum Besten der Kranken erhalten. Es wäre auch denkbar, um den erwähnten Missständen Rechnung zu tragen, das Pflegepersonal von der Verpflichteng zu heizen und zu lüften, zu befreien. Es müssten alsdann speziell mit dem Heizen betraute Persönlichkeiten täglich die Krankenräume betreten und diese Obliegenheiten erfüllen. Im Interesse der Kranken wäre aber ein derartiger Modus sehr zu beklagen. Die Kranken würde das Kommen und Gehen fremder Personen erregen, erschrecken und unnütze Störungen hervorrufen, ganz abgesehen davon, dass die Reinlichkeit der Räume durch die Heizer unbedingt leiden dürfte. Wollte man die Heizung durch Oefen in der Weise anordnen, dass dieselbe von aussen her und nicht in den Krankenräumen stattzufinden hätte, so müsste man in die projektierten Gebäude einen Korridor einfügen und auf die Uebersichtlichkeit der Räume und den Gesamtgrundriss völlig verzichten. Dazu kämen die erheblichen Mehrkosten eines Korridorbaues, ganz zu schweigen von den grossen Ausgaben und Unbequemlichkeiten, welche die notwendige Anstellung so vieler Heizer erfordern würde.

Wie schon vorhin auseinandergesetzt besteht die Behandlung der unruhigen und erregten Geisteskranken in der Hauptsache darin, dieselben im Bett zu beaufsichtigen, wie körperlich Kranke, und jeden Zwang und jede Absperrung zu vermeiden. Es ist daher einleuchtend, dass diejenigen Räume, welche der «Bettbehandlung» dienen, Lüftungsvorrichtungen enthalten müssen, um die verdorbene Luft abzuleiten und frische vorgewärmte Luft zuzuführen. Die Lüftung muss gleichmässig und beständig stattfinden, und darf im Hinblick auf die bettlägerigen Kranken keinerlei Schwankungen unterliegen, so dass die Gefahr einer Erkältung ausgeschlossen ist.

In südlicheren milderen Himmelsstrichen ist die Fensterlüftung gestattet und man kann auf besondere Ventilationseinrichtungen verzichten. Anders in unseren nördlichen Breiten, wo rauhe Winde und strenge Kälte viele Monate des Jahres die Fensterlüftung in den Krankenräumen verbieten. Es wäre auch unerlässlich, falls die Krankenräume durch die Fenster gelüftet werden sollten, dieselben mit einem teueren Gitter (etwa einem Korbgitter) zu versehen, um der Gefahr vorzubeugen, dass die Kranken verunglücken, sich beschädigen oder entfliehen. Ist jedoch bei der Anlage die Zentralheizung vorgesehen, so bereitet die Frage der Lüftung keine Schwierigkeiten, denn die Zentralheizung kann ohne weiteres mit Ventilationseinrichtungen verbunden werden resp. sie stellt selbst eine Ventilationsheizung dar.

Die Anlage der Zentralheizung gestattet ein weiteres wichtiges Postulat der modernen Irrenheilkunde zu befriedigen, indem diese die ausgiebige Anwendung der Dauerbäder ermöglicht. Da die Dauerbehandlung sich nicht nur über Tage, sondern oft über Wochen und Monate hin erstreckt, so ist es selbstverständlich, dass bei einer Ofenheizung konsequente Dauerbäder eigentlich unausführbar sind. Nächtliche Dauerbäder sind gänzlich ausgeschlossen, es sei denn, dass die Anstalt besondere Angestellte hätte, deren Aufgabe es wäre, die Oefen Tag und Nacht zu bedienen. Dagegen gestattet eine Zentrale ausgiebige Dauerbäder und der in den Röhren strömende Wasserdampf dient dazu, das zugeleitete Wasser zu erwärmen und ohne Schwierigkeiten jederzeit zu erneuern.

Hat man sich im Prinzipe von der Notwendigkeit einer Zentralanlage für die Heizung, Lüftung und die Bäderbehandlung überzeugt, so ergiebt sich die weitere Forderung, die Wäsche und den Küchenbetrieb maschinell zu betreiben, eigentlich von selbst. Es gab eine Zeit in der Psychiatrie und sie liegt noch garnicht soweit zurück, da glaubte man allgemein, es wäre möglich den Wäschebetrieb in einer Anstalt als Handbetrieb zu betreiben, und man könne auf eine maschinelle Ein-

richtung verzichten. «In früherer Zeit», so schreibt Illberg[3]) in seinem trefflichen Abriss über Irrenanstalten, «waren die Irrenärzte glücklich, im Wäschereibetrieb eine Tätigkeit zu haben, bei der maniakalische Frauen beim Waschen und Spülen ihren erhöhten Bewegungsdrang in nützlicher Weise betätigen können». Eine derartige Anschauung ist aber in der Gegenwart nicht mehr aufrecht zu erhalten. Die veränderte Heilmethode, die Anwendung der Bettbehandlung, die sorgfältigere Pflege der Unsauberen schafft grössere Ansprüche an den Verbrauch von Leib- und Bettwäsche als ehedem, wo die Mehrzahl der Kranken nackt in den Zellen umhertobte und keiner Wäsche benötigte. Der Wäscheverbrauch in den modernen Anstalten ist so gestiegen, dass der Handbetrieb in keinem Falle mehr ausreicht und alle Irrenanstalten, welche in den letzten Jahren gebaut wurden (z. B. die kleine Anstalt Mecklenburg-Strelitz, 200 Patienten) haben den maschinellen Wäschebetrieb dem Handbetrieb vorgezogen.

Aehnliche schwerwiegende Gründe, wie diejenigen, welche dafür sprachen, die Wäscheversorgung auf maschinellem Wege zu betreiben, gelten auch in gewissem Sinne für die Anlage einer Dampfkochküche.

Die medizinischen Ansprüche, hinsichtlich der Speisenbereitung sind heutzutage bedeutend gestiegen und die Beköstigung ist in allen Krankenanstalten rationeller und schmackhafter als in früheren Jahren. Es unterliegt keinem Zweifel, dass bei einer Massenversorgung, wie es in Hospitälern der Fall ist, die Sauberkeit der Speisen, die Schnelligkeit ihrer Bereitung, die Praezision des Dienstes bei einem maschinellen Betriebe sich leichter und bequemer erzielen lässt als bei einer gewöhnlichen Küchenanlage.

Die teueren Zentralanlagen, welche vielen als Luxus und unnütze Ausgabe erscheinen, sie dienen höheren Zwecken. Die Zentralheizung und die sich aus diesem Umstande ergebende Möglichkeit das Pflegepersonal einzig und allein mit der Krankenpflege zu beschäftigen, die Dauerbäder etc. . . . alles zusammen trägt dazu bei, die gefürchteten «Narrenhäuser» in gesuchte Krankenanstalten zu verwandeln und die Schranken zu räumen, welche die Behandlung der Psychischkranken von den Körperlichkranken trennen.

(Schluss folgt.)

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Enzyklopädie der praktischen Medizin, herausgegeben von Dr. M. T. Schnirer und Prof. Dr. H. Vierordt unter Mitwirkung zahlreicher Mitarbeiter. Wien 1905, Verlag von Alfred Hölder. 2.—5. Lieferung, mit zahlreichen Illustrationen. Preis pro Lief. 4 Mk. 80 Pfg.

Wir haben bereits gleich nach dem Erscheinen der I. Lieferung der neuen «Enzyklopädie der praktischen Medizin» Gelegenheit gehabt, diese in Nr. 31 des vorigen Jahrganges unserer Wochenschrift anerkennend zu besprechen, soweit sich damals nach dem Bruchstück urteilen liess. Die uns jetzt vorliegenden weiteren 5 Lieferungen bestätigen nun unsere damalige Voraussetzung, dass die neue Enzyklopädie vollkommen den Anforderungen an ein brauchbares Hülfsmittel und Nachschlagebuch für den praktischen Arzt entsprechen werde. In den zahlreichen theoretischen und praktischen Artikeln sind überall die neuesten Errungenschaften und Erfahrungen berücksichtigt worden, wie man das von den als Fachgelehrte bewährten Mitarbeitern erwarten konnte. Die vielen trefflichen Artikel mit ihren instruktiven Illustrationen brauchen wir daher hier nicht einzeln lobend hervorzuheben.

Ein besonderes Lob verdient die treffliche Ausstattung, namentlich der deutliche, saubere Druck und das schöne Papier, welches bei einem Werk, das als Nachschlagebuch häufig benutzt wird, von nicht geringer Wichtigkeit ist.

Bernhoff.

---

[3]) Jena 1904.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau.

Sitzung vom 3. März 1905.

1. Braun stellt ein kleines Kind mit einem intraokulären, dicht hinter der Linse sichtbaren Tumor vor; es handelt sich offenbar um ein Glioma retinae.

2. von Grot demonstriert einen durch Operation geheilten Fall von Cholelithiasis.

Angeblich infolge einer Geburt vor 20 Jahren traten Schmerzen im Epigastrium auf, die anfangs selten, dann an Häufigkeit zunahmen, und mit Erbrechen, Kältegefühl und Fieber verbunden waren. Diese Zufälle häuften sich in letzter Zeit, Pat. nahm an Körpergewicht ab. Es stellten sich noch Schmerzen im Rücken und zuweilen in der rechten Schulter ein. Ikterus ist nie beobachtet. Stuhlgang unregelmässig, erschwert. Pat. ist seit Jahren für magenleidend gehalten und daraufhin erfolglos behandelt worden.

Bei der Untersuchung lässt sich eine Vergrösserung der Leber feststellen und zeitweise eine deutliche schmerzhafte Gallenblase fühlen.

Mit dem Auftreten des fühlbaren Gallenblasentumors, stellt sich stets Kältegefühl oder Schüttelfrost, Fieber, sowie Erbrechen ein. Die Diagnose wurde auf Gallensteine gestellt und in Erwägung der sich stets häufenden Beschwerden und der daraus resultierenden Arbeitsunfähigkeit die Operation vorgeschlagen.

Dieselbe wurde am 27. November 1904 ausgeführt. Nach Eröffnung des Abdomens durch den Wellenschnitt fühlte sich die Wand der über birnengrossen prallelastisch gefüllten Gallenblase dick an. Der Hals der Blase war durch zarte Adhaesionen mit dem Duodenum verbacken. Lösung der Adhäsionen. Bei ganz leichtem Druck auf die Blase entleert sie ihren Inhalt durch den Cysticus. Die Blase kollabiert, in derselben kein Konkrement fühlbar, wohl aber in der Tiefe leberwärts. Ektomie der Blase und Resektion des Ductus cysticus bis zum Ductus choledochus. Jetzt können erst die topographischen Verhältnisse besser übersehen werden und zeigt sich der Ductus choledochus von annäherud normaler Dicke, während der Ductus hepaticus über daumendick ist. In demselben Konkremente fühlbar. Hepaticotomie. Entfernung von ca. 15 linsen- bis haselnussgrossen, mässig weichen Gallensteinen. Am Uebergang des Hepaticus in den Choledochus keine Striktur. Papilla duodenalis durchgängig. Die Galle zähe flüssig mit Gallengries vermischt.

Hepaticusdrainage.

Der postoperative Verlauf war glatt. Schmerzen und Fieber liessen sofort nach. 3mal stellte sich noch Schüttelfrost und Fieber bis 39,5° ein. Beim Spülen des Ductus hepaticus wurde dann jedes Mal ein Konkrementchen zu Tage befördert, 3 Wochen post. operat. Galle reichlich, dünnflüssig, goldgelb. Die Wundhöhle verkleinerte sich allmählig und ca. 8 Wochen p. op. konnte ich Pat. geheilt mit linearer Bauchnarbe entlassen.

Das mikroskopische Praep. der Gallenblase zeigt durchweg starke entzündliche Veränderungen, namentlich im Gallenblasenhalse.

Pat. ist jetzt völlig beschwerdefrei, hat Appetit, Stuhl regelmässig, spontan, sie hat an Körpergewicht zugenommen und kann wieder ihren häuslichen Beschäftigungen nachgehen.

(Autoreferat).

3. Friedberg demonstriert eine 19-jährige Patientin mit Morbus Basedowii und spricht im Anschluss daran über den Symptomenkomplex der Krankheit.

4. Christiani berichtet über einen Fall von chronischer gelber Leberatrophie in der Gravidität, der ihm, abgesehen von seiner kasuistischen Bedeutung, in diagnostischer und ätiologischer Hinsicht von Interesse zu sein scheint.

Es handelt sich um eine 46-jährige Pluripara, welche ihn wegen Hyperemesis in der 7. Woche der Gravidität mit dem Ansinnen konsultierte, sie von ihrer Frucht zu befreien. Zur objektiven Beobachtung in die Klinik aufgenommen, liess sich folgendes feststellen: Die letzte Regel vor 7 Wochen, seit 3 Wochen fühlt sich Pat. elend, ist psychisch hochgradig erregt, will alles Genossene erbrechen. Pat. macht einen sehr erregten, etwas verworrenen Eindruck, ist nur von dem einen Gedanken beherrscht, von ihrer Leibesfrucht befreit zu werden. Unstillbares Erbrechen im eigentlichen Sinne des Wortes ist nicht vorhanden: sie behält kalten Cacao, Bouillon bei sich. Es besteht aber fortwährendes Ausspucken von zähem, blutigem Schleim. Lungen vollkommen gesund; im Abdo-

men bis auf die 7—8 wöchige Gravidität nihil; Urin ohne Eiweiss, ohne Zucker, ohne Indican. Der Herzbefund bis auf den frequenten (110 Schläge in der Minute), leicht unterdrückbaren Puls ebenfalls normal. Da Ref. Pat. 4 Jahre zurück ebenfalls an Hyperemesis mit dem dringenden Wunsche, sie künstlich von ihrer Frucht zu befreien, behandelt hatte, sie damals sich trotz Sistierung des Erbrechens späterhin doch ihrer Schwangerschaft zu entledigen gewusst hatte, so glaubte er die Haematemesis sowie die nervöse Alteration als hysterische Symptome deuten zu dürfen und Pat., da sie auf weitere Beobachtung ohne Einleitung des Abortes nicht einging, aus der Klinik entlassen zu müssen.

Ref. sah Pat. darauf erst nach 3 Wochen, nachdem sie von anderer Seite auf Tuberkulose behandelt worden, wieder.

Das Speien von blutigem Schleim hatte sich zu vollkommenem Blutbrechen von einem ¹/₄ bis ¹/₂ Liter pro die gesteigert. Pat. war vollkommen verwirrt, erkannte den Ref. kaum, antwortete auf Fragen nicht. Sie war hochgradig abgemagert, ausserdem tiefgelb ikterisch (nach Aussagen des jetzt behandelnden Arztes seit 2 Tagen); an den Nates, wie an den Extremitäten waren bis handtellergrosse Sugillationen aufgetreten. Der Puls flatternd zwischen 130 und 140. Abdomen bretthart; die Leber perkutorisch vergrössert, keine Druckempfindlichkeit; im Urin Eiweiss, Gallenfarbstoff, Zylinder, ausgelaugte Blutkörperchen, Tyrosin. Trotz sofort eingeleiteten künstlichen Abortes, nach welchem das Blutbrechen prompt sistierte, ging Pat. am 4. Tage unter einmaliger antemortaler Fiebersteigerung auf 42,3° zugrunde und zwar hauptsächlich auch durch die weder durch Uterustamponade noch sonst zu stillende uterine Blutung. Die in Aussicht genommene Totalexstirpation war abgelehnt worden.

Trotzdem leider die Sektion verweigert wurde, glaubt Ref. doch mit einiger Berechtigung gelbe Atrophie und zwar die chronisch verlaufende Form annehmen zu dürfen.

Ref. bespricht die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen einfacher Haematemesis und Hyperemesis graviditatis und beginnender organischer Erkrankung der Leber, sowie auch den rein hysterischen Erkrankungen in der Schwangerschaft. Auf Grund des eben referierten Falles und auch anderer Beobachtungen glaubt er den hysterischen Symptomenkomplex scharf von obigen Erkrankungen trennen zu müssen und die Hyperemesis nicht wie Kaltenbach als eine Neurose auffassen zu können. Die Anschauungen Dirmosers, dass es sich um Autointoxikationserscheinung handelt, scheinen Ref. durchaus berechtigt; dann würde eben das Erbrechen in der Schwangerschaft uns auf die Intoxikation mit den foetalen Stoffwechselprodukten (?) hinweisen, deren Elimination einen Reiz auf die Leber ausübt, welches zum Reaktionssymptom des Erbrechens führt. Auch das einfache Schwangerschaftsblutbrechen ist durch Reizzustände der Leber am ungezwungensten zu erklären. Andererseits gehört zu den Initialsymptomen der Leberatrophie sowie des sog. Icterus gravis gravidarum ja gerade auch Blutbrechen. Legt man diese Tatsachen zusammen, so dürfte die Hypothese, dass es sich bei allen diesen Zuständen um graduell verschiedene, der Schwangerschaft spezifische Vergiftungen des mütterlichen Organismus handelt, nicht von der Hand zu weisen sein.

Dass selbst die leichtesten Intoxikationen bei einem schwer belasteten Nervensystem zu den heftigsten Reaktionen des Magens führen können, ist ja selbstverständlich; daher auch die Kaltenbach'sche Theorie und die auf derselben basierten therapeutischen Resultate erklärlich. Nur warnt Ref. in Anlehnung an Kaltenbach zu weit zu gehen und die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft, wie auch er bis jetzt getan, bei der Hyperemesis gravidarum allzu sehr zu perhorreszieren.

(Autoreferat).

Zum Besten notleidender baltischer Kollegen

sind uns ferner zugegangen von: Prof. Petersen 10 Rbl. Dr. Schmitz 10, Dr. Germann 10, Dr. Frankenhäuser 10, Dr. Hoerschelmann 10, Dr. Henking 5, Dr. Masing 10, Dr. Wanach 25, Dr. Dobbert 10, Dr. Ucke 5, Dr. Wladimiroff 5, Dr. Kroug 5, Dr. Kernig 50 Rbl.

Im ganzen bisher 465 Rbl.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der Verein für innere Medizin in Berlin, dessen erster Vorsitzender bekanntlich Professor Dr. E. v. Leyden ist, hat in der am 6./19. Januar anlässlich des 25-jährigen Bestehens des Vereins veranstalteten Festsitzung u. a. auch den Oberarzt der weiblichen Abteilung des St. Petersburger Obuchowhospitals, Dr. Woldemar Kernig, der schon seit 1899 korrespondierendes Mitglied des Vereins war, zum Ehrenmitgliede ernannt.

— Die Gesellschaft der St. Petersburger Hospitalärzte (Общество больничныхъ врачей въ г. С.-Петербургѣ) hat in ihrer Jahresversammlung am 31. Januar in die Verwaltung folgende Mitglieder gewählt: Zum Präses — Dr. A. Bary, zum Vizepräses — Dr. N. Ketscher, zum Sekretär — Dr. A. Rubel, zum Bibliothekar — Dr. N. Kakuschkin und zum Schatzmeister — Dr. M. Tschistjakow.

— Der Feld-Militärmedizinalinspektor der I. Mandschurischen Armee Dr. Boguschewski ist krankheitshalber mit Uniform und Pension verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum Geheimrat.

— Der dem Emir von Buchara attachierte Arzt Dr. Pissarenko ist für Auszeichnung im Dienst zum wirkl. Staatsrat befördert worden.

— Der Stadtarzt von Wesenberg (Estland) Dr. Nikolai Schroeter ist auf sein Gesuch aus diesem Amte entlassen worden und nach Asserien (Estland) übergesiedelt, wohin er auf den Posten des Arztes der dortigen Zementfabrik berufen ist. Zu seinem Nachfolger ist der bisherige Wesenbergsche Kreisarzt Dr. Schröppe ernannt, welcher intermistisch auch mit der Ausübung der Funktionen des Kreisarztes betraut worden ist.

— An Stelle des bisherigen Kreisarztes Dr. R. Biehler, der seinen Abschied genommen und sich als Arzt in Warschau niedergelassen hat, ist der bisherige Arzt im Flecken Durben Dr. A. Raphael als Kreisarzt von Bauske (Kurland) bestätigt worden.

— Der ausserordentliche Professor Dr. Ernst v. Düring, Direktor der Klinik und Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten an der Kieler Universität, hat seine Entlassung aus dem Staatsdienste genommen und tritt demnächst die Leitung des bekannten Lahmannschen Sanatoriums im Weissen Hirsch bei Dresden an.

— Prof. Dr. Schweninger tritt von der Leitung des Kreiskrankenhauses in Gross-Lichterfelde (bei Berlin) mit Ablauf seines Vertrages am 1. Juli d. J. definitiv zurück. Zu seinem Nachfolger ist bereits der dirigierende Arzt des Britzer Kreiskrankenhauses, Sanitätsrat Dr. Riese, berufen worden.

— Der in diesem Jahre zum ersten Male zur Verleihung gelangende Preis der Prof. Kussmaul-Stiftung, welche der bekannte Heidelberger Chirurg Prof. Czerny zum Gedächtniss seines Schwiegervaters Kussmaul begründete, ist von der Heidelberger medizinischen Fakultät dem Bonner Professor Dr. August Bier für sein Werk «Die Hyperämie als Heilmittel» zuerkannt worden.

— Vom Komitee des weiblichen medizinischen Instituts ist dem früheren Direktor desselben, Prof. Dr. Ott, der bekanntlich zum ersten Ehrenmitgliede dieses Instituts ernannt wurde, eine Adresse überreicht worden, in welcher seine Verdienste um das genannte Institut aufgezählt werden.

(Molwa — R. Wr.)

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 25. Januar in St. Petersburg der freipraktizierende Arzt Alexander Sigismund Feinberg im 48. Lebensjahre an Apoplexie. Der Verstorbene, welcher seit 1882 die ärztliche Praxis ausübte, war im Laufe von 20 Jahren einer der tätigsten Mitarbeiter des hier erscheinenden Journals «Praktitscheskaja Medizina». 2) In Moskau der Gefängnissarzt und Ordinator am Katharinen-Armenhause Dr. Alexander Alexandrow im Alter von 70 Jahren nach mehr als 40-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 3) Am 18. Januar in Kiew der Ordinator des Kirillowschen Krankenhauses für Geisteskranke Dr. Stephan Korschun im 72. Lebensjahre. Der Hingeschiedene, der bereits im Jahre 1858 die Venia practicandi erlangt hatte, fungierte lange Zeit auch als Arzt an der Kiewer geistlichen

Akademie. 4) In Moskau am 16. Januar der freipraktizierende Arzt Israel Fränkel im 47. Lebensjahre nach 22-jähriger praktischer ärztlicher Tätigkeit. 5) Am 3. Februar in Rom der frühere deutsche Oberstabsarzt Dr. Hermann Rosenthal im 82. Lebensjahre. Der Hingeschiedene zählt zu denjenigen deutschen Aerzten, die sich des Studiums der Gesundheitspflege schon zu einer Zeit angenommen haben, wo diese noch weit davon entfernt war, als Wissenschaft oder gar als akademischer Lehrgegenstand anerkannt zu werden. Rosenthal hat eine ganze Reihe von Arbeiten über die gesundheitlichen Verhältnisse und die hygienischen Einrichtungen der Stadt Magdeburg in Fachzeitschriften und Tageblättern, wie auch in den Verhandlungen der Magdeburgischen Gesellschaft für Gesundheitspflege veröffentlicht, deren Geschäfte er seit vielen Jahren führte. Arzt war Rosenthal bereits seit 1849. Im deutsch-französischen Kriege wurde er durch das Eiserne Kreuz ausgezeichnet.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Der Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie an der Warschauer Universität, Dr. Johann Fedorow, ist auf sein Gesuch verabschiedet worden.

— Der ältere Arzt des Kiewschen Bezirks Artilleriedepôts und Privatdozent für gerichtliche Medizin an der dortigen Universität Dr. Kijanizyn ist zum ausserordentlichen Professor der Charkower Universität auf dem Lehrstuhl der Hygiene ernannt worden.

— Zum Professor der Kinderheilkunde an der Universität München ist jetzt Prof. Dr. Meinhard Pfaundler aus Graz berufen worden, nachdem Prof. Czerny in Breslau ebenso wie Prof. Escherich in Wien die Berufung nach München abgelehnt hat. Prof. Pfaundler hat, wie verlautet, den an ihn ergangenen Ruf bereits angenommen.

— Der Privatdozent der Physiologie in Heidelberg, Dr. Steudel, welcher kürzlich einen Ruf nach St. Louis erhielt, ist zum ausserordentlichen Professor an der dortigen Hochschule ernannt worden.

— Die Ergebnisse der ärztlichen Prüfungen bei den preussischen Prüfungskommissionen sind nach einer Mitteilung in der «Deutsch. med. Wochenschr.» in dem letzten Quinquennium 1899/1900 bis 1903/1904 folgende gewesen: Im ganzen sind in dieser Zeit 4272 Kandidaten geprüft worden, d. h. jährlich im Durchschnitt 854,4. Von diesen haben 3120 d. h. durchschnittlich 624 Kandidaten die Prüfung bestanden, während 1152, also im Durchschnitt 230,4 Kandidaten jährlich, die Prüfung nicht bestanden haben.

Vergleicht man diese Resultate der preussischen Prüfungskommissionen mit denen der russischen med. Prüfungskommissionen aus der letzten Zeit, so ist der Unterschied ein recht auffälliger zugunsten der russischen Hochschulen. Als Beispiel führen wir die militär-medizinische Akademie an, bei welcher im Januar d. J. von den 49 Studierenden, welche sich den Prüfungen zur Erlangung des Arztgrades vor der Regierungskommission unterzogen, 48 das Examen bestanden, und zwar 46 sogar eximia cum laude. Und dieses günstige Resultat ist noch erreicht worden, trotzdem schon seit fast zwei Jahren wegen der politischen Erregungen und Unruhen wie auf den Universitäten, so auch in der militär-medizinischen Akademie regelrechter Unterricht und regelmässige wissenschaftliche Arbeit unmöglich war! Sollte also nicht der Massstab bei den Prüfungen dort und hier ein verschiedener sein?

Standesangelegenheiten.

— Nach dem Bericht des Kassierers Dr. Rutkowski vom allrussischen Fonds zur Unterstützung von Aerzten, die in dem russisch-japanischen Kriege gelitten, sowie ihrer Familien belief sich der Bestand dieses Fonds zum 1. Januar 1906 auf 18,677 Rbl. 50 Kop. Im Laufe des Januars liefen an Spenden 906 Rbl. 10 K. ein und verausgabt wurden 61 Rbl. 84 Kop., so dass der Kassenbestand zum 1. Februar 19,521 Rbl. 76 Kop. betrug.

— Die Verhaftungen von Aerzten wegen Teilnahme an politischen Umtrieben und Betreibung regierungsfeindlicher Propaganda dauern noch immer fort. Im Gouvernement Moskau allein sollen ca. 20 Landschaftsärzte arretiert sein. Neuerdings sind dort der Arzt des Ismailowschen Krankenhauses im Moskauer Kreise Dr. Budkewitsch, die Landschaftsärztin K. Graf und der Arzt des psychiatrischen Krankenhauses in Meschtscherskoje bei Moskau Dr. Lebedew ins Gefängniss abgeführt worden.—Aus der Wilnaschen Bezirksirrenanstalt sind ausser den Ordinatoren Aptekmann und Klewesahl auch der dort praktizierende stud. med. Edelstein, die Bibliothekarin Kobshewa und 2 Arbeiter gefänglich eingezogen worden. — Arretiert sind im Jamburgschen Kreise der Landschaftsarzt Ströhmer und in Kutais die Aerzte Korkaschwili und Dondarow. — Der Fabrikarzt in Podolien Dr. Donskoi ist mit seiner Frau auf 5 Jahre nach Tobolsk verbannt worden; ebendahin ist auch Dr. J. Frumin aus Smolensk verschickt worden. — In Bessarabien ist der Landschaftsarzt Hilel Westermann wegen politischer Unzuverlässigkeit auf Anordnung des Gouverneurs aus dem Dienst entlassen worden — Der Gehülfe des Kurländischen Gouvernements-Medizinalinspektors Dr. Bjelilowski, der, wie wir s. Z. berichteten, verhaftet wurde, ist nach einer bei ihm vorgenommenen Haussuchung zwar aus der Haft entlassen worden, hat jedoch den Rat erhalten, seinen Abschied zu nehmen.

Verschiedene Mitteilungen.

— Vom Virchow-Denkmal. Die Deputation zur Vorberatung der Vorlage wegen der Errichtung eines Denkmals für den Professor Rudolf Virchow hat vor kurzem unter dem Vorsitz des Berliner Oberbürgermeisters Kirschner beschlossen, ein öffentliches Preisausschreiben zu erlassen. Für die Entwürfe sollen drei Preise in Höhe von 1000, 2000 und 3000 Mark ausgesetzt werden. Einem Preisrichterkollegium aus 11 Herren, zu dem der Berliner Magistrat und das Denkmalkomitee je 4 bestimmen und die übrigen 3 aus bekannten ausführenden Künstlern gewählt werden sollen, wird die Entscheidung über die Preise übertragen werden. Als Ausstellungsplatz ist in Berlin der kleine Platz an der Kreuzung der Karl- und Louisenstrasse, vom Volke Karlsplatz genannt, in Aussicht genommen worden. Dieser Platz soll dann den offiziellen Namen «Virchow-Platz» erhalten.

— Dr. Walter v. Oettingen, der bekanntlich während des russisch-japanischen Krieges Chefarzt des «Livländischen Feldlazaretts vom Roten Kreuz» war, hat in der Gesellschaft der Sanitätsoffiziere in Dresden über seine kriegschirurgischen Erfahrungen in diesem russisch-japanischen Kriege berichtet. Das von ihm geleitete Livländische Lazarett war zuerst in Echo in der Nordmandschurei, später aber in Mukden stationiert. Während der Zeit in Mukden war das Oettingen'sche, Feldlazarett je nach dem Gange des Krieges, nach Schlachten Hauptverbandplatz, und in den vier- bis sechswöchigen Zwischenräumen «Sortierungspunkt», d. h. Durchgangsstelle, so weit es sich um Leichtverwundete oder transportable Verwundete handelte. Aus seinen Beobachtungen leitet Oettingen für zukünftige Kriege betreffs der Organisation des ärztlichen Dienstes nun folgende Mahnungen ab: «Meines Erachtens haben wir zwei grosse Lehren zu beherzigen, die auf medizinisch-kriegswissenschaftlichem und organisatorischem Gebiete liegen. Die medizinische Seite ist am besten mit den Worten gekennzeichnet, dass in einem künftigen Kriege dem Arzt, sei er Militärarzt, Reservearzt oder freiwilliger Arzt des Roten Kreuzes, ein Schema gegeben sein muss, nach dem er handeln darf und soll. Von 8000 Aerzten etwa, die z. B. dem deutschen Heere folgen, wenn der Kriegsruf erschallt, soll nicht jeder am Tage der Mobilisation mit dem Studium der Therapie im Kriege beginnen, sondern vom ersten Tage ab soll ihm die Richtschnur für sein Vorgehen gegeben sein. Die Lehren auf organisatorischem Gebiet lassen sich dahin deuten, dass der Vermehrung von Transportmitteln eine ungeahnte Bedeutung zukommt. Wenn auch Deutschland so schweren Verhältnissen wie in der Mandschurei in keinem Kriege entgegengeht und die Eisenbahnverhältnisse in Deutschland vorzüglich geregelt sind, so macht dennoch das veränderte Schlachtenbild der Gegenwart im Vergleich zu früheren Kriegen notwendig, dass dem Transportwesen in den vorderen Linien erhöhte Aufmerksamkeit zugewendet wird».

Bf.

— Vakanz. Auf dem Gute Bolwa in Polnisch-Livland (Gouv. Witebsk), nahe der livländischen Grenze, ist die Stelle eines Gutsarztes frei. Kenntniss der lettischen Sprache unbedingt erforderlich. Fixum 1000 Rbl. jährlich, freie Wohnung und Beheizung, Futter für Kühe und Pferde, Gartenland etc. Genauere Auskunft erteilt Apotheker P. Lawrynowicz, sowie auch die Gutsverwaltung. Adresse: Боловскъ, черезъ ст. Пыталово С. Петерб.-Варшавск. ж. д.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 4. Febr. d. J. 11480 (138 wen. als in d. Vorw.), darunter 1051 Typhus — (44 wen.), 1132 Syphilis — (0 wen.), 440 Scharlach — (19 wen.) 180 Diphtherie — (4 mehr), 67 Masern — (10 wen.) und 27 Pockenkranke — (5 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 29. Jan. bis 4. Febr. d. J. im ganzen 840 (459 M., 381 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 23, Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 30, Scharlach 27, Diphtherie 22, Croup 0, Keuchhusten 8, Croupöse Lungenentzündung 16, Erysipelas 6, Grippe 4, Katarrhalische Lungenentzündung 71, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberkulose der Lungen 108, Tuberkulose anderer Organe 22, Alkoholismus und Delirium tremens 14, Lebensschwäche und Atrophia infantum 66, Marasmus senilis 25, Krankheiten des Verdauungskanals 105, Totgeborene 40.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 21. Febr. 1906.

Tagesordnung: A. Feldt: Ueber Marmorek's Antituberkuloseserum.
Petersen: Krankenvorstellung.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 13. März 1906.

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Zum Zweck der jährlich stattfindenden Kontrolle der Adressen der in der Liste der «St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift» verzeichneten Krankenpflegerinnen ersuchen wir Diese hiermit der Redaktion Ihre jetzigen Adressen mitzuteilen.

Die Redaktion
der „St. Petersburger Med. Wochenschrift".

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege** (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

☞ Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate ☜ bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. E. Blessig in St. Petb., W. O., 4 Linie, 5 zu richten. Sprechstunden tägl. ausser Mittwoch u. Sonntag v. 4—6 U. Telephon 20557.

№ 8 St. Petersburg, den 25. Februar (10. März). 1906.

Die Livländische Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke Stackeln.

I.

Bauprogramm und allgemeine Gesichtspunkte.

(Vortrag und Demonstration auf dem XVII. Livländischen Aerztetage zu Arensburg.)

Von

Dr. Albert Behr.

(Schluss.)

Doch nicht nur rein psychiatrische Ueberlegungen sprechen zugunsten einer maschinellen Zentralanlage, sondern auch Gründe, welche die soziale Fürsorge für Geisteskranke betreffen. Die Zentralanlage gestattet in der Zukunft die neu erbaute Anstalt zu erweitern und wenigstens die doppelte Anzahl von Geisteskranken zu versorgen, als ursprünglich im Plane lag. Die Zahl der Geisteskranken in Livland ist eine so bedeutende, dass es dringend notwendig erscheint bei Zeiten die Vergrösserung der Anstalt in's Auge zu fassen und die Anlage von vornherein so zu gestalten, dass bei einer Vermehrung der Kranken unnütze Kosten und Ausgaben erspart werden. Die Livl. Irrenenquête vom Jahre 1898 ergab in Livland, ohne Oesel und Riga, 1896 schwache, unsaubere, unruhige und tobsüchtige Geisteskranke. Da nun die Heil- und Pflegeanstalt Stakkeln ursprünglich für 182 Kranke bestimmt war, so konnte man mit zwingender Sicherheit annehmen, dass die Anstalt in keiner Weise dem vorhandenen Bedürfnis genügen werde und in kurzer Frist überfüllt sein dürfte.

Nach den Erfahrungen in West-Europa muss man auf 400 Seelen der Bevölkerung einen Platz in einer Irrenanstalt rechnen. So lange diese Forderung nicht erfüllt ist, hören die Klagen über die Ueberfüllung der Irrenanstalten nicht auf, und die Nachfrage nach freien Plätzen dauert unverändert an. Wir müssen in Livland bei einer Bevölkerung von ca. 800.000 Einwohnern (ohne Riga, Dorpat und Oesel) nach dieser Annahme in Zukunft für etwa 2500 Geisteskranke Sorge tragen. Heinrich Dehio[4]) berechnete im Jahre 1893 die Zahl der anstaltsbedürftigen Geisteskranken in Livland auf 1337 Kranke. Da die Anstalten des Kollegiums der allg. Fürsorge auf Alexandershöhe bei Riga und die Dorpater Psychiatrische Klinik zusammen ca. 225 Plätze aufweisen, so würden nach seinen Schätzungen immer noch 1112 Geisteskranke übrig bleiben, welche zu versorgen wären. Nach der Enquête von Dr. Ströhmberg wurden im Jahre 1898 von den Aerzten in Livland in Summa 2778 Geisteskranke gezählt. Bringen wir die Idioten und Epileptiker in Abzug (796+393) (v), so verbleiben 1589 Geisteskranke, von denen die 896 tobsüchtigen, unruhigen und unsauberen Kranken unbedingt einer Anstaltspflege bedürfen. Neuere Zählungen von Dr. Luiga, welche sich auf den Dörptschen Kreis beziehen, ergaben, bei einer Einwohnerzahl von 98.088 Personen, 739 Geisteskranke. Nimmt man an, dass von drei Geisteskranken wenigstens einer der Anstaltspflege bedürftig ist, so würde es sich allein für den Dörptschen Kreis als notwendig erweisen, 245 Geisteskranke zu versorgen. So ungeheuerlich diese Zahlen auf den ersten Blick scheinen, so stimmen sie doch durchaus mit den Erfahrungen der anderen Kulturländer und decken sich mit den Anforderungen, welche in West-Europa an die Irrenfürsorge gestellt werden. Beispielsweise fordert Calmus für das Königreich Böhmen auf 1000 Einwohner je zwei Anstaltsplätze. Das Grossherzogtum Mecklenburg-Strelitz hat bei einer Bevölkerungsziffer von 100.000 Einwohnern neuerdings eine Anstalt für 180 Geisteskranke in's Leben gerufen. Somit entfallen auf je 1000 Einwohner zwei Anstaltsplätze. Das Kronland Salzburg versorgt bei einer Gesamtbevölkerung von 165.000 Einwohnern

[4]) Vorschläge zur Reorganisation der Irrenpflege in Livland 1893.

[5]) Statistik der Geisteskranken im baltischen Gebiet. Dissert. Russisch, 1904.

vierhundert Geisteskranke. Zweihundert Geisteskranke leben in der Irrenanstalt, hundert im Leprösenhause und weitere hundert im Irrensiechenhause. Mithin sehen wir auch in Salzburg, dass zweihundert Anstaltsplätze auf 80.000 Einwohner berechnet sind.

Die Baukommission durfte daher bei ihren Beratungen die Zahl hundertundzweiundachtzig Geisteskranke (182), für die eine Unterkunft zu schaffen, nicht als bindend erachten, sondern beschloss das Bauprogramm für 450—500 Geisteskranke auszuarbeiten. Zugleich vertrat die Bauerkommission die Ansicht, es sei im Interesse der Anstalt nicht geboten, dieselbe auf mehr als 500 Kranke anwachsen zu lassen. Sobald eine Irrenanstalt mehr als 500 Kranke verpflegt, ist es für den leitenden Arzt ausgeschlossen, die Uebersicht zu behalten. Der leitende Arzt kann unmöglich dem einzelnen Kranken näher treten und ihn individuell behandeln. Der Arzt entwickelt sich in dem grossen Getriebe der Anstalt zum Verwaltungsbeamten und zum Schaden der Sache ruht die Detailarbeit am Kranken nur zu oft in den Händen jüngerer, unerfahrener Aerzte. Es ist ganz sicher und unzweifelhaft, dass in den nächsten Dezennien inbezug auf den Anstaltsbau eine rückläufige Bewegung eintreten muss. Es wird sich die Ueberzeugung Bahn brechen, dass es nicht angängig ist, nur um die Administration und den technischen Betrieb zu erleichtern, grosse Anstalten mit 1000 Kranken und darüber zu bauen, sondern man wird den kleineren Anstalten vor den grossen den Vorzug geben und die finanziellen Bedenken zurückdrängen.

Da viele Geisteskranke in der Irrenanstalt nicht nur Heilung suchen, sondern leider jahrelang, oft ihr ganzes Leben daselbst verbringen müssen, so liegt es in der Natur der Sache, dass der ganze Zuschnitt einer Anstalt daraufhin eingerichtet sein muss, das Leben seiner Insassen zu regeln, ihr Tagewerk zu ordnen, ihnen Beschäftigung zu schaffen und für entsprechende Abwechslung zu sorgen. Solange der Kranke zu Bett liegt, soll und kann er nicht arbeiten; in dem Augenblick aber, wo er das Bett verlässt, muss unbedingt eine passende Arbeitsgelegenheit gefunden werden. Arzt und Pflegepersonal dürfen nicht müde werden im Anspornen zur Arbeit, denn Langeweile und Müssiggang sind die Todfeinde der Irrenanstalt. Im Werkstättengebäude und im Maschinenhaus sind daher Näh- und Flickstuben, eine Schlosserei, eine Tischlerei etc. . . . vorgesehen, in welchen die Kranken nach Möglichkeit zur Arbeit angehalten werden sollen. Leider befindet sich die Anstalt Stackeln in einem Waldrevier und verfügt augenblicklich noch nicht über Ländereien, um im Interesse der Kranken eine rationelle Landwirtschaft zu betreiben. An Stelle der landwirtschaftlichen Kolonie muss daher von vornherein die Familienpflege Geisteskranker (patronage familial) in's Leben treten und mit allem Nachdruck geschaffen werden. Der Marktflecken Stackeln, welcher sich in der nächsten Nähe der Anstalt entwickelt, wäre durch seine Lage zur Familienpflege sehr geeignet. Es ist meine feste Ueberzeugung, dass diese Verpflegungsform sich auch bei uns zulande ebenso durchführen lässt, und ebenso lebensfähig sein wird wie in West-Europa. Auf die Geschichte der Familienpflege und die Einzelheiten derselben gehe ich hier nicht ein und verweise auf meine Abhandlungen in der Baltischen Monatsschrift 1903, H. 7—8 und 1904, H. 5 p. 358 flgd.

Da das gesamte Bauprogramm, wie es hier entwickelt wurde, sich auf 784.000 Rbl. beläuft und nur 350.000 Rbl. zur Verfügung standen, so wurde beschlossen in dieser Bauperiode das Verwaltungsgebäude, die Häuser für halbruhige Kranke und das Siechenhaus aufzugeben, dagegen alle Zentralanlagen, die Häuser für unruhige, für ruhige, für ansteckende Kranke, das Wirtschaftsgebäude, das Maschinenhaus, und das Pförtnerhaus zu erbauen, und die Anstalt im Sinne des Programmes leistungsfähig und erweiterungsfähig zu erhalten. Es war ein schwerer Gedanke, die Anstalt ohne Verwaltungsgebäude zu erbauen und in der Lage zu sein, die Beamten in ungenügenden Räumlichkeiten unterzubringen, aber das Interesse für die Sache muss über diese Schwierigkeiten hinweghelfen. Wenn man bedenkt, was es heisst, unter den heutigen politischen Verhältnissen in Livland eine Irrenanstalt zu erbauen, und sich das Opfer überlegt, welches unsere Ritterschaft einer humanen Sache darbringt, so müssen alle anderen Rücksichten fallen und die Hoffnung auf bessere Zeiten die Hindernisse überwinden.

* * *

Durch die Munificenz der Livl. Ritterschaft entstand die Livl. Heil- und Pflegeanstalt in Stackeln und die Baupläne, welche der kundigen Hand des Herrn Architekten Reinberg entstammen und dieser Arbeit folgen, erläutern in beredter Weise das Bauprogramm und seine Aufgaben.

Ich glaube indessen, die Gesellschaft Livl. Aerzte trug auch an ihrem Teil viel dazu bei, dieses Werk zu fördern. Die Gesellschaft Livl. Aerzte wurde seit ihrer Begründung nicht müde, auf die Notlage der bäuerlichen Geisteskranken zu verweisen und unser erster Vorsitzender Herr Dr. Truhart unternahm Schritte, um die Fürsorge für Geisteskranke in die richtigen Bahnen zu leiten. Ich erinnere vor allem an die schon vorhin erwähnte Arbeit von H. Dehio, welche ihre Anregung Herrn Dr. Truhart verdankte und schon vor Jahren dem Livl. Landratskollegium überreicht wurde. Ich erinnere ferner an die Kommission zur Fürsorge für bäuerliche Geisteskranke, welche aus der Mitte der Gesellschaft erwählt war und jahrelang alle einschlägigen Fragen beprüfte und bearbeitete. Endlich erwähne ich das Asyl für bäuerliche Geisteskranke, welche ich persönlich im Auftrage der Gesellschaft Livl. Aerzte leitete, und an die Bestrebungen, die familiale und häusliche Verpflegung Geisteskranker in die Wege zu leiten. Die ideelle Arbeit der Gesellschaft Livl. Aerzte hatte im Lande der Entstehung einer Irrenanstalt mehr vorgearbeitet, als es irgend eine staatliche Massregel je erreicht hätte.

Als die staatliche Administration, Gouverneur Ssurowzew, durch die offiziellen Sitzungsberichte der Gesellschaft Livl. Aerzte auf die Notlage der bäuerlichen Geisteskranken aufmerksam wurde, und ihrerseits, sich ausdrücklich auf unsere Verhandlungen stützend, die Livl. Ritterschaft auf diese unbefriedigenden Zustände, «welche nicht der Kulturstufe entsprechen, die das Land erreicht hat» hinwies, da war der Boden längst vorbereitet und die öffentliche Meinung gewonnen. Das Schreiben des Gouverneurs Ssurowzew an die Livl. Ritterschaft bildet keinen Wendepunkt in der Irrenfürsorge des Landes, wie es manche Kreise hinstellen, und neuerdings Dr. Luiga in seiner Dissertation zum Ausdruck brachte. Das Schreiben des Livl. Gouverneurs hätte meines Erachtens keine weiteren Folgen gezeitigt, wäre nicht die Zeit erfüllet. Die ewigen Eingaben und Bitten um Unterstützung für die bäuerlichen Geisteskranken beim Landratskollegium von seiten der Gesellschaft Livl. Aerzte, die öffentlichen Besprechungen unserer Verhandlungen in der Presse hatten weites Interesse erregt und der Wunsch, eine Irrenanstalt zu errichten, war in allen Kreisen der Bevölkerung rege. Ich wollte durch diese Feststellung einer unnützen Legendenbildung steuern, und das Wesentliche von dem Unwesentlichen hervorheben.

Zum Schluss kann ich nicht umhin, dem Praeses der Baukommission Herrn Landrat Baron Ungern-Sternberg zu Schloss Fellin für das stete Interesse, welches er den hier vorgetragenen Ausführungen entgegentrug, aufrichtig zu danken. Seine Tatkraft und seine Energie trugen wesentlich dazu bei, die Livl. Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke so zu errichten, wie es Wissenschaft und Praxis erfordern.

Die Livländische Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke Stackeln.

II.

Technischer Erläuterungsbericht.

Von

Architekt August Reinberg, Riga.

Allgemeine Grundsätze.

Auf Grund der durch persönliche Anschauung gewonnenen Eindrücke in den besuchten Heil- und Pflegeanstalten Deutschlands und der neueren Vorschriften für Bauten ähnlicher Art wurden von der Baukommission mit Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse folgende allgemeine Grundsätze für den Entwurf festgelegt:

Der Luftraum in den Wachsälen für unruhige, somatische und infektiöse Kranke soll pro Person durchschnittlich 35m³ betragen; in den Wachsälen für halbruhige und ruhige Kranke 30m³ und in den Tagräumen 20m³, wobei event. vorübergehend in denselben Räumen auch eine grössere Anzahl Kranker, als dieser Norm entspricht, untergebracht werden könnten. Der Wasserverbrauch wurde auf 300 l pro Person und Tag normiert, als Heizung sollte Zentralheizung, zur Beleuchtung Elektrizität und als Abfuhrsystem für Fäkalien Wasserspülung vorgesehen werden.

Lage des Bauplatzes.

Das Areal, welches der Anstalt von der Livl. Ritterschaft geschenkt wurde, ist von dem Gute Alt-Wrangelshof in einer Grösse von 110 Lofstellen = 40,7 ha abgeteilt worden. Es grenzt im Norden an das Gelände der Station Stackeln der Riga-Pleskauer Eisenbahn, im Westen an die Landstrasse, welche die Eisenbahnstation mit der Poststation verbindet, im Süden an die Wolmar-Walksche Poststrasse und im Osten an die Feldbahn, welche das ritterschaftliche Sägewerk mit der Eisenbahn verbindet. Das zur Bebauung bestimmte Terrain von ca. 10 ha liegt im südöstlichen Teile des ganzen Areals, an der Wolmar-Walkschen Poststrasse, von letzterer durch einen Waldstreifen getrennt und von der Eisenbahn in gerader Linie etwa 500 m entfernt.

Wasserversorgung.

Die wichtige Frage der Wasserversorgung fand eine rasche Erledigung. Die vorhandenen natürlichen Wasserläufe erwiesen sich teils als qualitativ mangelhaft, teils quantitativ als ungenügend, um die für die allendliche Belegzahl nötige Wassermenge von 120 m³ pro Tag zu liefern, zum Teil war auch ihre Entfernung so gross, dass eine grössere Röhrenleitung erforderlich wurde; daher beschloss die Baukommission einen artesischen Brunnen bohren zu lassen. Das Resultat war sehr günstig, denn er gab aus einer Tiefe von 150 Fuss vorzügliches Trinkwasser, das in der ersten Zeit bis über das Terrain sprudelte. Der Anstalt ist jedenfalls die Möglichkeit geboten, entsprechend ihrer Vergrösserung und dem wachsenden Bedürfnis nach Wasser die Zahl der artesischen Brunnen eventuell zu vergrössern, wenn der eine nicht genügen sollte.

Verteilung der Gebäude in Gelände (Tafel 1).

Die Situierung der Gebäude fand eine ungezwungene Lösung, indem der Zugang zur Anstalt für die Kranken von Westen, von der zur Eisenbahn führenden Strasse, angelegt wurde, während die Wirtschaftsgebäude und das Kesselhaus im Osten angeordnet wurden, so dass bei den herrschenden Westwinden eine Belästigung des Geländes durch Rauch vermieden wird und eine nahe Verbindung der letztgenannten Gebäude mit dem Sägewerk, welches das Brennmaterial liefern sollte, erreicht war.

Die Disposition der Gebäude auf dem Bauterrain ist für die Belegzahl von 400 Betten, von welcher beim Projekt immer ausgegangen werden musste, folgende: im Westen das Verwaltungsgebäude, nördlich davon das Doktorat in einer Entfernung von 300 Fuss = 91,4 m, beide der Post- und Eisenbahnstation zunächst belegen. Die Mittelachse des Verwaltungsgebäudes stellt zugleich die Hauptachse der ganzen Anlage dar, nach welcher die Krankenpavillons gruppiert sind.

Die rechte oder Südseite ist die Männerseite, die linke oder Nordseite ist die Frauenseite. Die Baracken für Männer sind von denen der Frauen 240 Fuss = 73,1 m entfernt, und zwar liegen zunächst dem Verwaltungsgebäude je 2 Baracken für unruhige Kranke männlichen und weiblichen Geschlechts, dann folgen je 2 Baracken für halbruhige Kranke und endlich je 2 Häuser für ruhige Kranke.

In der Hauptachse soll in einer Entfernung von 508 Fuss = 154,8 m das Haus für somatische Kranke beiderlei Geschlechts zu liegen kommen. Dahinter nach weiteren 208 Fuss = 63,3 m liegt das Wirtschaftsgebäude, enthaltend die Dampf-Waschund Kochküche, und endlich das Kesselhaus mit den Werkstätten, dem Schornstein und dem Wasserreservoir.

Ausserhalb der Hauptachse sind angeordnet: nordöstlich vom Kesselhause in einer Entfernung von 140 Fuss = 42,6 m das Haus für infektiöse Kranke; südöstlich 220 Fuss = 67 m weit vom Kesselhause soll das Leichenhaus hinkommen. Südlich schliesst sich an das Kesselhaus der Wirtschaftshof mit dem Kartoffel- und Eiskeller, dem Stallgebäude und dem Pförtnerhause, das den Zugang zum Hof von der Wolmar-Walkschen Landstrasse bewacht.

Ausführung.

Im Bau begriffen sind Gebäude für die Aufnahme von 130 Kranken, die nächste Erweiterung würde die Anstalt für rund 200 Kranke aufnahmefähig machen und der allendliche Ausbau würde rund 400 Kranken Aufnahme gewähren können. Die Gebäude werden aus dem örtlichen rötlichen Ziegelmaterial errichtet. Die Ecken und die Fenster- und Türumrahmungen bleiben rot, während die Flächen dazwischen weiss geputzt werden sollen, wodurch ein freundlicher Anblick der mitten im Walde belegenen Anstalt erreicht werden soll. Nur die Baracke für infektiöse Kranke, der Stall, das Pförtnerhaus und die Keller sind in Holz projektiert. Als Dachdeckmaterial sind für das Doktorat, das Verwaltungsgebäude und das Leichenhaus Dachpfannen, für die übrigen Gebäude Dachpappe angenommen worden. Im übrigen sind keine aussergewöhnlichen Konstruktionen in Anwendung gekommen und ist angestrebt worden, bei einfachster Ausstattung den Charakter der Wohnlichkeit bezw. des gewöhnlichen Krankenhauses zu wahren. Gegen Exzesse der Kranken sind in den Häusern für Unruhige und Halbruhige die Fenster, soweit sie den Kranken erreichbar sind, in unauffälliger Weise durch eiserne Sprossen in kleine Scheiben geteilt und für diese Spiegelglas vorgesehen worden.

Ein Haus für unruhige Kranke (Tafel 2).

Ein solches soll Aufnahme für mindestens 30 Kranke bieten. Es enthält im Kellergeschoss unter flacher Ziegeldecke nur die allernötigsten Räume für Heizungs- und Ventilationszwecke, sonst sind unter dem Fussboden des untern Geschosses, so weit angängig, nur Räume unter Manneshöhe zur Besichtigung und Durchleitung der Heizungsröhren geplant. Das Parterre enthält einen Reinigungsraum mit Wanne zum Empfang der Kranken, ein Untersuchungszimmer, eine Spülküche, 2 kleine Tagräume, ein Einzelzimmer mit einem Bett, 2 Wachsäle mit 8 Betten, 2 desgleichen mit 5 Betten und einen mit 3 Betten, ein Dauerbad mit 3 event. 4 Wannen, ein Einzelbad, eine Isolierzelle und 4 Aborte, welche unmittelbar an die grossen Wachsäle stossen, sowie eine Veranda. Auf der Eingangsseite ist der Bau zweigeschossig und enthält im Obergeschoss eine kleine Wohnung für den Assistenzarzt, bestehend aus Vorzimmer, Kabinett, Wohnzimmer und Schlafzimmer, ferner drei Räume für Pfleger bezw. Pflegerinnen. Der Dachboden soll zur Aufbewahrung der Kleider der Kranken benutzt werden.

Ein Haus für halbruhige Kranke (Tafel 3).

Es ist äusserlich dem ersteren ähnlich gestaltet, d. h. es ist in der Hauptmasse ein Geschoss hoch und nur über dem Eingange zweigeschossig und soll gleichfalls 30 Kranken Aufnahme gewähren. Es enthält folgende Räume: im Parterre ein Untersuchungszimmer, eine Isolierzelle, ein Wasch- und

Badezimmer mit 7 Waschschüsseln und 2 Wannen, ein Zimmer für ein Bett, einen Wachsaal für 3 Betten, 2 desgleichen für je 8 Betten, 2 grössere Tagräume, eine Spülküche, einen Waschraum für 6 Personen, einen Raum für Schuhe, 4 Aborte, zugängig zwei von den Tagräumen und zwei von den Wachsälen, endlich 2 Veranden. Im oberen Geschoss sind wiederum eine kleine Wohnung für einen Assistenzarzt, bestehend aus Vorzimmer, Wohn- und Schlafzimmer, und 3 Erholungsräume für Pfleger angeordnet.

Ein Haus für Ruhige (Tafel 4).

Dieses ist ebenfalls für 30 Kranke bestimmt, unterscheidet sich indess schon äusserlich von den beiden andern durch seine zweigeschossige Gestalt mit einem mittleren Aufbau. Im Keller unter Gewölben sind wiederum nur die nötigsten Räume für die Heizung belegen, sonst nur Räume unter Mannshöhe. Das Parterre enthält 2 grosse Tagräume mit je einer Veranda, eine Spülküche, einen Geräte- und einen Kleiderraum, einen Raum für Pfleger, ein Bad, einen Raum für Schuhe und 4 Aborte, letztere zugängig teils aus dem allgemeinen Korridor, teils aus den Tagräumen. Im Obergeschoss sind 4 Schlafsäle mit je 5 Betten, 2 mit je 3 Betten, einer mit 4 Betten angeordnet, ausserdem 2 Waschräume für je 8 Personen und 2 Aborte. Das oberste Geschoss enthält ein Pflegerheim, bestehend aus Vorraum, drei grossen Zimmern, einem Aufräumezimmer und einem Abort.

Die Häuser für somatische und infektiöse Kranke (Tafel 5 u. 6).

Beide sind nur ein Geschoss hoch. Erstere enthält 2 grosse Schlafsäle für je 10 kranke Männer und 10 kranke Frauen, ein Untersuchungszimmer, eine Spülküche, ein Bad, zwei Aborte und 2 Veranden und ist in Stein erbaut gedacht, letzteres, aus Holz konstruiert, enthält 2 Krankenzimmer für je 1 Person und 2 für je 3 Personen, ein Bad, eine Spülküche, 2 Aborte und eine Veranda.

Das Verwaltungsgebäude (Tafel 7 u. 8).

Dieses ist zweigeschossig und durchweg unterkellert projektiert. Das Kellergeschoss enthält ausser den Holz- und Gemüsekellern eine Wohnung für den Portier und die Waschküche nebst Roll- und Plättstube für das Beamtenpersonal. Im Parterre befindet sich links ein Wartezimmer, ein Untersuchungszimmer, ein Konferenzsaal, ein Zimmer für den Direktor, die Bibliothek, das Laboratorium und die Apotheke, sowie ein Absteigequartier für Glieder des Verwaltungsrats der Anstalt, bestehend aus zwei Zimmern, endlich ein Zimmer für einen Schreiber; rechts die Portierloge, die Buchhalterei, das Archiv und die Rentei, eine dreizimmerige Wohnung für den Buchhalter; ferner die Aufbewahrungsräume für Vorräte an Geschirr, Wäsche und Leinen; schliesslich sind neben der Haupttreppe an den hinteren Zugängen für die Kranken Aborte für Männer und Frauen angeordnet. Im linken Flügel des Obergeschosses befindet sich die sechszimmerige Wohnung für einen verheirateten Oberarzt, die Mitte wird eingenommen vom Fest- und Betsaal, an den sich ein Speisesaal nebst Anrichtezimmer und Reserveraum anschliesst; der Rest des rechten Flügels ist für die Wohnung des Intendanten ausgenützt, welche 4 Zimmer aufweist.

(Schluss folgt.)

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Toby Cohn: Die palpablen Gebilde des normalen menschlichen Körpers und deren methodische Palpation. Nach eigenen Versuchen an der Leiche und am Lebenden. I. Teil: Obere Extremität. Mit 21 Abbildungen im Text. Verlag von S. Karger, Berlin, 1905. 216 Seiten.

Das Buch soll eine wissenschaftlichen Grundlage bilden für die Untersuchung der Frage: «Was kann man Alles am normalen menschlichen Körper palpieren?», eine Frage, deren methodische Beantwortung im Interesse der ärztlichen Wissenschaft und Praxis liegt, denn fast sämtliche Disziplinen der praktischen Heilkunde sind auf die palpatorische Diagnostik angewiesen und verwenden sie auch. Jedoch fehlt bisher, von der Palpation der Bauch- und Unterleibsorgane abgesehen, eine ausreichende systematische Unterlage hierzu fast vollständig. Die geringen Kenntnisse, welche die grosse Mehrzahl der Fachgenossen aus dem Studium der topographischen und eventuell auch der plastischen Anatomie in die Praxis mitnimmt, genügen nicht, um ihnen über die Hauptschwierigkeit der palpatorischen Auffindung und Wertung geringgradiger pathologischer Veränderungen hinüberzuhelfen, weil sie niemals oder doch nicht genügend gelernt haben, welche die normalen Betastungsresultate an der betreffenden Körperstelle sind. Diese Lücke will das Buch durch Anleitung zum methodischen Palpieren ausfüllen. — Der vorliegende Band enthält in der Einleitung die Darstellung der Lernmethodik, der Technik, der besonderen Aufgaben für die Palpation der Extremitäten, und sodann die ausführliche Beschreibung für die Palpation der oberen Extremität, geordnet nach den angenommenen topographischen Regionen. Ein Sachregister beschliesst den Band. Die später folgenden Teile des Werkes über die Palpation der übrigen Körperabschnitte seien ebenso wie dieser erste Teil dem Studium aller Fachgenossen bestens empfohlen.

M.

Auszug aus den Protokollen der medizinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung vom 21. September 1905.

Herr Meyer hält seinen angekündigten Vortrag «Bemerkungen zur Therapie der Endometritis».

Nach einem Bericht über die Entwickelung der Endometritis-Therapie in den letzten 25 Jahren, unter eingehender Besprechung der Arbeiten von Menge und Schaeffer, teilt Vortragender seine Erfahrungen auf diesem Gebiete mit. Die Indikation einer lokalen Therapie hat sich auf die Anamnese und den Befund zu stützen. Zur genaueren Bestimmung des Grades der Erkrankung wird vielfach der Schultze'sche Probetampon benutzt. Die Benutzung der Sonde zur Sicherung der Diagnose ward nie geübt. Die digitale Austastung des Uterus wird auf wenige Fälle beschränkt. Vor Beginn der lokalen Therapie eine mikroskopische Untersuchung behufs genauer pathologisch-anatomischer Differentialdiagnose vorzunehmen (Schäffer), ist überflüssig, sogar zu beanstanden. Je länger die Endometritis besteht, je deutlicher die Beeinflussung des Allgemeinbefindens durch den Katarrh festgestellt werden kann, um so sicherer ist in unkomplizierten Fällen die lokale Therapie indiziert, ebenso bei eitrigem Sekret und bei Menorrhagien.

Die im Laufe der Jahre empfohlenen Methoden der lokalen Therapie sind bis auf die zu verwerfende Atmokausis nachgeprüft worden. In ähnlicher Weise, wie von anderen Autoren, sind unliebsame Erfahrungen auch hier bei allen Autoren gemacht worden: Perforationen beim Kurettement ohne schlimme Folgen, Salpingitiden, Pelviperitonitiden nach Spülungen, Injektions-Stenosen, sogar eine Atresie bei Anwendung der heroischen Chlorzinkätzungen.

Vortragender hält die Abrasio mucosae, wenn sie nicht zu energisch ausgeführt wird, für das empfehlenswerte Verfahren. Nur bei enger Cervix wird mit Hegarschen Stiften, nie mit Quellstiften, der Kanal mässig dilatiert. Mit sterilen Wattestäbchen wird die Höhle ausgewischt. Nach der Abrasio wird nie Jodtinktur und dgl injiciert, nur eine Spülung vorgenommen, welche in letzter Zeit oft in Wegfall kam. Bei enger Cervix wird auf 24 Stunden mit Jodoformgaze tamponiert. Nur bei hartnäckigen eitrigen Katarrhen ist mit 10 pCt. Chlorzinklösungen gebeizt worden.

Als Nachbehandlung, etwa vom 7 Tage ab, hat sich reines Ichthyol bewährt, welches mittelst eines dem Asch'schen Stäbchen nachgebildeten Instrumentes auf einem Wattetampon ins Cavum uteri eingeführt wird. Letzterer ist mit einem Fädchen umschlungen, so dass die Patientin jederzeit ihn entfernen kann. Bei weniger intensivem Katarrh wird die Therapie mit der Ichthyolapplikation begonnen, wobei ein enger Cervikalkanal vorher mässig dilatiert wird. Nach etwa 10 maliger Applikation wird nach Menge 30 pCt. Formalin mittelst der Braunschen Spritze in 10-tägigen Pausen 2 bis 3mal angewandt. Die Kanüle der Braunschen Spritze ist mit zahlreichen Oeffnungen versehen und wird, mit steriler Watte umwickelt (nach Jos. Hoffmann), trocken in das Cavum uteri eingeführt.

Uterusspülungen, Injektionen mit der Braun'schen Spritze, Chlorzink nach Rheinstädter kommen nie zur Anwendung. Die Schröder'sche Operation wird nur bei hochgra-

diger Cervixhypertrophie ausgeführt; bei Lazerationen der Cervix wird die Emmet'sche Operation oft geübt. Bei klaffender Vulva sind entsprechende Eingriffe angewandt worden.

Zum Schluss demonstriert Vortragender sein Instrumentarium, sterile Wattestäbchen, Dilatatoren, Stopfpincette, mit Watte umwickelte Injektionskanülen, Stäbchen zum Einführen des Verweiltampons, sowie eine Hakenzange.

(Autoreferat).

Diskussion:

Herr Ströhmberg fragt, welche Therapie bei der gonorrhoischen Endometritis nach Ansicht des Vortragenden die geeignetste sei.

Herr Meyer: Bei der gonorrhoischen Endometritis wollen einige Autoren stets die Cervix dilatieren, da bei Saetosalpinx der Inhalt der Tuben sich dann ins Cavum uteri entleeren könne und somit eine schnelle Besserung erzielt werde.

Meyer hält jedoch dieses Verfahren für zu brüsk und riskant. Bei den Prostituierten sind eben im ganzen Genitalschlauch stets und überall Gonokokken vorhanden und, um sie radikal zu entfernen, müsste man durch Atmokausis den Uterus veröden, sonst entsteht immer wieder eine Flora von Kokken. Dabei kommen bei den Prostituierten beständig Neuinfektionen von der Vagina her zustande. Eine intrauterine Tamponade wäre noch möglich, doch ist die gewaltsame Dilatation bei der Gonorrhöe zu verwerfen. Meyer zieht bei der Gonorrhöe das Ichthyol allen anderen Medikamenten vor.

Herr Ströhmberg: Eine mikroskopische Untersuchung habe er regelmässig nur dann gemacht, wenn eine Urethritis oder eine Entzündung der Bartholini'schen Drüsen den Verdacht auf Gonorrhöe wachriefen.

Herr Ströhmberg stimmt mit dem Vortragenden überein, dass eine intrauterine Therapie bei gonorrhoischen Prostituierten zu gefährlich sei. Die Ruhe während der Spitalbehandlung sei ein wichtiges Moment, da dann die Symptome der Gonorrhöen oft schwänden, ohne eingreifendere Lokalbehandlung.

Vorsitzender: Ströhmberg.
Sekretär: A. Lezius.

Zum Besten notleidender baltischer Kollegen

sind uns ferner zugegangen von: Dr. A. Feldt 5 Rbl., Dr. E. Moritz 7, Dr. Clemenz 5, Dr. Sender 3, Dr. Lehmann 5, Dr. E. Koch 5, Dr. Bar. Ungern-Sternberg 5, Dr. Michelson 5.

Im ganzen bisher 505 Rbl. (der Livländischen Abteilung des St. Pet. ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe überwiesen).

D. Red.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Gelegentlich der Eröffnung des Kaiserin Friedrich-Hauses in Berlin hat Prof. Dr. E. v. Bergmann, der als Vorsitzender des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen die Festrede hielt, als Auszeichnung eine Bronzebüste Kaiser Wilhelms erhalten. Näheres über das neue Kaiserin Friedrich-Haus finden die Leser in der Rubrik «Verschiedene Mitteilungen».

— Der bekannte Chirurg Dr. Ulrich Krönlein begeht zum Schluss des Wintersemesters das 25-jährige Jubiläum seiner Tätigkeit als ordentlicher Professor und Direktor der chirurgischen Klinik an der Züricher Universität. Der Jubilar, ein Schüler und langjähriger Assistent Prof. v. Langenbecks, war vor seiner Züricher Tätigkeit von 1879—1881 Professor extraordinarius an der Berliner Universität.

— Zum Rektor der Universität Greifswald wurde für das Studienjahr 1906/1907 Professor Dr. Robert Bonnet, Direktor des anatomischen Instituts, gewählt.

— Das beratende Mitglied des Medizinalrats, Prof. emer. Dr. Tarnowski, ist auf 6 Monate ins Ausland beurlaubt worden.

— Das beratende Mitglied des militär-medizinischen gelehrten Komitees, Ehrenleibchirurg des Allerhöchsten Hofes, Prof. emer. Dr. Kruglewski, ist auf eigenes Ersuchen verabschiedet worden, unter Belassung in der Würde eines Ehrenleibchirurgen.

— Der Militär-Sanitätsinspektor der Festung Wladiwostok und Divisionsarzt der 12. Infanteriedivision, Dr. Krasnow, ist zum Korpsarzt des 3. sibirischen Armeekorps ernannt worden.

— Zum Oberarzt des Nowogeorgiewschen Militärhospital ist der bisherige ältere Ordinator und Leiter der psychiatrischen Abteilung am Moskauer Militärhospital, Dr. Oserezkowski, ernannt worden.

— Verliehen für hervorragend nützliche Tätigkeit bei der Erweisung ärztlicher Hülfe an russische Krieger — den Chargen des Lazaretts des deutschen Roten Kreuzes in Charbin:

Der St. Stanislausorden II. Klasse mit dem Stern — dem Generalbevollmächtigten und Oberarzt des Lazaretts, deutschem Reichsangehörigen Dr. Adolph Brentano;

Der St. Annenorden III. Klasse — den Aerzten des Lazaretts, russischen Untertanen Dr. Karl Hausmann und Dr. Ernst Brasche.

— Vom Kriegsschauplatz sind zurückgekehrt in die Ostseeprovinzen, ausser den von uns bereits namhaft gemachten Aerzten, die DDr. Redlich, Bertels, Mandelstamm, Wulffius, Hollander, v. Bröcker, Lewin, Jakub, Salomon Reimann, Schliom Reimann, Benjamin Heimann, Ephraim Heimann, Joffe, Brutzer, Hugo, Brehm, Gudsche, Bötticher, Lidak, Büttner, Andreas und Weissmann. — Die im Fernen Osten noch zurückgehaltenen etwa 500 Reserveärzte, welche im vorigen Jahre einberufen wurden, sollen allmählig entlassen werden, so dass die letzten im Mai heimkehren werden.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 19. Februar in St. Petersburg der frühere Ordinator am hiesigen Marien-Magdalenen-Hospital und Arzt beim Elisabethstift und am patriotischen Institut, Dr. Georg Lindes, nach längerer Krankheit im 69. Lebensjahre. Einen ausführlicheren Nekrolog bringen wir nächstens. 2) Am 16. Februar in Jukki (Finnland) der frühere Professor für Zahnheilkunde am klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna plötzlich im Alter von 50 Jahren. Der Hingeschiedene stammte aus Estland, erhielt seine Schulbildung in Narwa, präparierte sich darauf zum Studentenexamen und widmete sich dem Studium der Medizin an der mediko-chirurgischen Akademie. Nebenbei beschäftigte er sich bei einem hiesigen verwandten Zahnarzt und legte noch als Student das Zahnarztexamen ab. Nach Erlangung des Arztgrades i. J. 1882, widmete er sich ganz der Zahnheilkunde und reiste wiederholt behufs weiterer Vervollkommnung in seinem Fache ins Ausland. Im Jahre 1891 wurde L. auf Grund seiner Dissertation «Die Prophylaxis und Therapie der Zahnkaries» zum Dr. medicinae promoviert und übernahm die Vorlesungen über Zahnkrankheiten am klinischen Institut, an welchem er in der Folge die erste Professur für Zahnheilkunde in Russland bekleidete. Neben seiner wissenschaftlichen und Lehr-Tätigkeit erfreute sich der Verstorbene einer ausgebreiteten Privatpraxis. 3) In Moskau der Assistent an der Universitätsklinik im Neuen Katharinenhospital, Dr. Nikolai Nikolajew, im 42. Lebensjahre nach 15-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 4) In Berlin der bekannte Erfinder des Cystoskops, Prof. Dr. Max Nitze, im Alter von 50 Jahren in Folge eines Herzschlages. Mit ihm ist ein Arzt von ganz hervorragendem Verdienste hingeschieden. Ist ihm doch die neue Grundlegung eines ganzen medizinischen Wissenszweiges zu verdanken. Nitze hat mit seiner Erfindung für Deutschland die erste Stelle auf einem Gebiete errungen, auf dem bis dahin die Franzosen die Vorherrschaft hatten. Es war ein Ereignis, als Nitze zum ersten Male von französischen Aerzten zur Beratung nach Frankreich berufen wurde. Unsere Leser, die auf dem Moskauer internationalen medizinischen Kongress i. J. 1897 waren, werden sich noch der instruktiven Demonstrationen und Erklärungen seines Cystoskops, die Nitze dort bereitwilligst gab, erinnern.

Die Ergebnisse seiner Forschungen hat Nitze in seinem «Handbuch der Cystoskopie» niedergelegt, welches er, nachdem die Technik der Lichtbildaufnahme des Blaseninnern durch ihn ausgebildet worden war, durch einen «Cystophotographischen Atlas» ergänzte.

Aeusserlich hat sich Nitze lange Zeit mit einer sehr bescheidenen Stellung zufrieden geben müssen. Von Staats wegen ist überhaupt nichts geschehen, ihm den Wirkungskreis, der ihm gebührt hätte, zu geben. Er hat immer nur in einer privaten Poliklinik unterrichten können. Seine Bemühungen, eine Abteilung für Krankheiten der Harnwege in der Charité zu erlangen, blieben ohne Erfolg. Jetzt hatte sich ihm eine gewisse Aussicht eröffnet, durch die Berufung an das Ru-

dolf Virchow-Krankenhaus auch Gelegenheit zum Wirken als klinischer Lehrer zu erlangen, doch da trat der Tod heran! Erst 1889 erlangte Nitze, dass er als Privatdozent bei der Universität zugelassen wurde; 1900 wurde er zum ausserordentlichen Professor befördert, ohne dass aber sonst eine Aenderung in seiner Lehrtätigkeit eintrat. Seine Lehrtätigkeit kam daher mehr Aerzten als Studierenden zugute; in seinen Kursen fanden sich Aerzte aus allen Kulturländern zusammen. Er hinterlässt eine ausgedehnte und internationale Schule. Als Lehrer wie als Forscher hat sich Nitze ein dauerndes Andenken in der Wissenschaft gesichert; auch in der Erinnerung seiner Patienten wird Nitze als sehr geschickter und wohlwollender Arzt noch lange fortleben.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Der Professor emer. der Universität Kasan, Dr. Ssorokin, ist mit Uniform verabschiedet worden.

— Der Prosektor und Privatdozent der Charkower Universität Dr. Jossifow ist zum ausserordentlichen Professor der Anatomie an der Universität Tomsk ernannt worden.

— Zur Verewigung des Gedächtnisses des berühmten Physiologen Prof. Setschenow soll sein Bildniss im Aktussaal der Moskauer Universität angebracht und sämtliche Werke des Verstorbenen von der Universität herausgegeben werden.

— Unser Landsmann, der Privatdozent für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie an der Universität Basel, Dr. S. Ssaltykow, ist, der «Münch. med. W.» zufolge, zum Prosektor des Zentralkrankenhauses von St. Gallen ernannt worden. (Wr.).

— Der Prof. extraord. für Ohren- Nasen- und Kehlkopfkrankheiten an der Universität Erlangen, Dr. Alfred Denker, hat einen Ruf an die Akademie für praktische Medizin in Köln erhalten.

— Die Konferenz der militär-medizinischen Akademie hatte, wie die Tagesblätter berichten, an die Studenten Fragebogen bezüglich der Wiederaufnahme der Vorlesungen versandt. Die Mehrzahl der Studenten soll geantwortet haben, dass es unmöglich sei, die Beschäftigungen jetzt wieder aufzunehmen.

— Der XV. internationale medizinische Kongress findet bekanntlich vom 6./19.—13./26. April d. J. in Lissabon statt. Die Beschäftigungen des Kongresses verteilen sich auf 17 Sektionen. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 25 Frank, welche an den Generalsekretär Prof. Miguel Bombarda, Nova Escola Medica, Lisbonne, rechtzeitig einzusenden sind. Die französischen und portugiesischen Eisenbahnen gewähren den Kongressmitgliedern einen Rabatt von 50 pCt.

Standesangelegenheiten.

— Verhaftungen und administrative Verbannungen von Aerzten in entlegene Gouvernements kommen noch immer alltäglich vor. So ist aus Odessa Dr. Baguzki, ein volkstümlicher Mann und eines der Mitglieder des von dem Minister des Innern verbotenen Stadtkomitees, am 19. Februar in's Gouv. Archangelsk verschickt. — Wegen Veranstaltung von verbotenen Meetings sind die Aerzte Zimmerman im Gouv. Wologda und Dr. Bogomolez (Odessa) arretiert worden. — In Moskau ist Dr. Kotik verhaftet worden, weil er während der Dezemberkämpfe eine Sanitätsabteilung für die verwundeten Aufständischen leitete. — Auf Anordnung des Moskauer Gouverneurs sind der Oberarzt W. Jakowenko und die Ordinatoren S. Ssuchow und Lebedew von der Pokrowschen Irrenanstalt der Moskauer Gouvernements-Landschaft aus dem Dienst entlassen.

— Der an politischen Umtrieben beteiligte Gemeindearzt in Dondangen (Kurland) Dr. Buschewitz ist flüchtig geworden.

— Die unentgeltliche Heilanstalt der Militärärzte in Moskau beging am 19. Februar die Feier ihres 25-jährigen Bestehens. Im Laufe des Vierteljahrhunderts haben 1,228,988 Patienten ärztl. Hülfe im Hospital gefunden. Aus der Apotheke des Hospitals wurden 1,293,545 Arzneien unentgeltlich verabreicht.—Gleichzeitig feierte auch der Arzt S. P. Gudwilowitsch sein 25-jähr. Dienstjubiläum. Von der Erlauchten Protektorin dieser Heilanstalt, der Grossfürstin Alexandra Jossifowna, war ein Glückwunschtelegramm eingetroffen.

— Ueber einen interessanten strafgerichtlichen Fall berichtet das «Journ. méd. de Bruxelles». Ein Landarzt operierte eine Hydrocele genau nach der Vorschrift, die Prof. Tillaux in der zweiten Ausgabe seiner Chirurgie von 1891 giebt: mit Infektion von 30 Gramm einer fünfprozentigen Kokainlösung, nach deren Entfernung nach 3 Minuten die folgende Injektion von Jodtinktur schmerzlos verlaufen sollte. Unmittelbar nach der Einspritzung des Kokains kollabierte der Kranke und starb. Anklage auf fahrlässige Tötung war die Folge. Vom Richter wurde betont, dass sich Dr. X. nicht auf der Höhe seiner Wissenschaft gehalten habe, denn Tillaux habe in der dritten Auflage seines Werkes (1894) die Kokaininjektion ausdrücklich verworfen, und zwar ebenfalls nach einem plötzlichen Todesfall. In dem gerichtlich belangten Falle war bei der Sektion eine Verkalkung der Aorta festgestellt worden, ausserdem alte Verwachsungen des Rippenfells. Die Verteidigung stützte sich nach einem Gutachten von Brouardel in Paris und Lépine in Lyon auf diesen Befund und hielt den Tod für ein Ereignis, das den gelegentlichen unvermeidlichen Unglücksfällen beim Chloroformieren gleichgestellt werden müsse; die Kokaininjektion könne nicht angeschuldigt werden, da Prof. Tillaux sie nach hundertfacher günstiger Erfahrung empfohlen habe; ausserdem könne vom praktischen Arzt nicht verlangt werden, dass er jede Aenderung verfolge, die in den häufigen neuen Auflagen der Lehrbücher angegeben werde. Das Gericht trat dem nicht bei, sondern verurteilte den angeklagten Landarzt zu 500 Franken Strafe und Kosten. Der Appellhof zu Lyon sprach ihn jedoch frei und begründete das Urteil damit, dass er, indem er den Vorschriften des einzigen ihm bekannten neueren Lehrbuches eines berühmten Verfassers folgte, kein strafbares Vergehen, keinen schweren Kunstfehler begangen haben könne, zumal durch den Sektionsbefund nicht festgestellt worden sei, welchen Anteil die Kokaineinspritzung an dem üblen Ausgange hatte.

Epidemiologisches.

— Von der Allerhöchst niedergesetzten Kommission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest wird mitgeteilt, dass im verflossenen Jahre 1905 in Indien an der Pest 946.000 Personen beiderlei Geschlechts gestorben sind, um 139.000 weniger, als im Jahre 1904. — Vom 31. Dezember 1905 bis zum 27. Januar 1906 erkrankten in Indien an der Pest 19.379 Personen beiderlei Geschlechts, von denen 16.203 starben. — In Aegypten wurde am 12. Februar in der Stadt Alexandria ein Pestfall konstatiert. — In Persien wurden in zwölf Niederlassungen Seistans im Laufe des Januar-Monats 168 Todesfälle an der Pest registriert. — In Westaustralien wurden zu Beginn des Januar 1906 acht Erkrankungen an der Pest registriert; zwei Fälle verliefen letal.

Verschiedene Mitteilungen.

— Das neue Kaiserin Friedrich-Haus für ärztliches Fortbildungswesen, welches am 1. März n. St. in Berlin in Gegenwart des deutschen Kaiserpaares, zahlreicher Aerzte und Gäste feierlich eingeweiht wurde, ist, wie Prof. Dr. v. Bergmann in seiner Festrede hervorhob, ein Haus, das auf dem Erdenrunde einzig dasteht, — einzig in seinem Entstehen, einzig in seinem Werden, einzig auch in seinem Zwecke und Ziele. Es verdankt seine Entstehung der Anregung der Kaiserin Friedrich, deren Gedanke und Wunsch es war, das Wissen und Können der zeitgenössischen Aerzte durch planmässige Gestaltung der ärztlichen Fortbildung auf eine höhere Stufe zu heben. Der stattliche Neubau auf dem Luisenplatz, der durch freiwillige Spenden aus allen Gegenden Deutschlands ermöglicht wurde, hat 9 Fenster Front und trägt oben die Aufschrift Kaiserin Friedrich-Haus. Das Vestibül ziert die von Prof. Reinhold Begas geschaffene, vom Kaiser gewidmete Büste der Kaiserin Friedrich mit der Inschrift: Dem Andenken Ihrer Majestät der Kaiserin und Königin Friedrich, der erlauchten Schützerin ärztlicher Fortbildung. Im Erdgeschoss und in zwei Stockwerken sind die Ausstellungen untergebracht, eine ständige von ärztlichen Instrumenten und Apparaten, eine zweite über die Geschichte der Medizin in Kunst und Kunsthandwerk, eine dritte führt Lehrmittel für den Unterricht in der Krankenpflege vor, eine vierte Bilder aus dem Gebiete der Verdauungskrankheiten. Der Hörsaal fasst gegen 250 Personen. Andere Räume dienen Unterrichtszwecken, der Aufnahme von Laboratorien und einer staatlichen Sammlung von Lehrmitteln. Auch eine Bibliothek und ein Lesesaal stehen zur Verfügung.

Direktor des Instituts ist Prof. Dr. R. Kutner.

— Zeitschrift für soziale Medizin. Mit Rücksicht auf die hohe Bedeutung welche die soziale Medizin für Aerzte, Verwaltungsbeamte u. s. w. in neuerer Zeit erlangt hat, sind an zwei deutschen Universitäten, Berlin und Bonn, bereits Lehrstühle für dieses Gebiet geschaffen worden. Aber auch die periodische Literatur beteiligt sich an diesem Aufschwunge. Das beweist die neue «Zeitschrift für soziale Medizin», welche jetzt im Verlage von F. C. W. Vogel zu erscheinen beginnt. Herausgeber sind Dr. med. Grotjahn und Dr. phil. Kriegel, beide in Berlin. Es ist bezeichnend, in welchem Masse sich das sozialmedizinische Zeitschriftenwesen vermehrt, wenn man berücksichtigt, dass noch am Ende der achtziger Jahre Adolf Oldendorff in Berlin mit dem ersten Versuche, für die soziale Medizin ein eigenes Organ zu schaffen, scheiterte. Seine Zeitschrift kam über ein paar Hefte nicht hinaus. Erfolg hatten zuerst auf dem sozialmedizinischen Gebiete als Publizisten Wilhelm Heymann und Fritz Rubinstein. Sie begründeten die «Mediz. Reform», die in erweiterter Form mit dem Nebentitel «Wochenschrift für soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik» seit sieben Jahren von R. Lennhoff geleitet wird. Hinzu kommt die von Fürst und Jaffé begründete Monatschrift «Soziale Medizin». Dabei darf nicht vergessen werden, dass die allgemeinen und speziellen medizinischen Zeitschriften sich jetzt bei weitem mehr als früher die Erörterungen sozialmedizinischer Fragen angelegen sein lassen. Die neue «Zeitschrift für soziale Medizin, Medizinalstatistik, Arbeiterversicherung, soziale Hygiene und die Grenzfragen der Medizin und Volkswirtschaft» wird vorläufig in jährlich vier Heften von zusammen 24—30 Bogen erscheinen. Ausser grösseren wissenschaftlichen Originalarbeiten, die die neue Zeitschrift in erster Linie pflegen wird, wird jedes Heft eine sozialmedizinische Kasuistik, in der die wichtigsten Fälle, Entscheidungen und Erfahrungen der ärztlichen Sachverständigentätigkeit mitgeteilt werden, und eine Sammlung von medizinalstatischen Daten, die dem Leser aus den schwer zugänglichen Quellenwerken der Statistik der deutschen Bundesstaaten, der Städte und des Auslandes die wichtigsten Ergebnisse der Medizinalstatistik übermitteln sollen, bringen. Neben ihrer neuen Aufgabe werden sich Dr. Grotjahn und Dr. Kriegel auch weiter der Herausgabe des «Jahresberichtes für soziale Hygiene, Demographie, Medizinalstatistik und alle Zweige des sozialen Versicherungswesens» (Verlag von Gustav Fischer in Jena) widmen. Von dem Jahresberichte liegen jetzt vier Bände vor. Jeder neue hat im Vergleiche zu dem voraufgegangenen an Umfang, noch mehr aber an Inhalt gewonnen. Das hat seinen Grund zum Teil mit darin, dass bei der Neuheit des Begriffes «soziale Hygiene», die Abgrenzung dessen, was darunter fällt, nicht gerade leicht war. Noch jetzt bilden die Meinungen darüber, was das Wesen der sozialen Hygiene ausmacht, einen Gegenstand des Widerstreites der Meinungen. Es konnte nicht fehlen, dass vielfach bei der Abgrenzung etwas zu subjektiv vorgegangen wurde. Allmählich aber haben die Anschauungen sich geklärt, und das ist wie der sozialhygienischen Forschung im allgemeinen, so auch dem Grotjahn-Kriegelschen «Jahresberichte» zugute gekommen. Weiter hat dieser «Jahresbericht» erst gezeigt, wie umfangreich Theorie und Praxis der sozialen Hygiene sind. Der «Jahresbericht», der für die vielfältigen Interessenten der sozialen Hygiene zu einem unentbehrlichen Hilfsmittel geworden ist, bringt in seinem Hauptteil Referate über die sozialhygienische Literatur der einzelnen Jahre. Ergänzt wird dieser Hauptteil durch eine sehr ausführliche und sorgfältig gearbeitete Bibliographie. Hinzu kommen noch drei Abteilungen: eine Chronik der sozialen Hygiene, eine Gesetzestafel, umfassend die Gesetze, Verordnungen, Erlasse zur Hygiene der Kulturländer und eine Kongresstafel.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 11. Febr. d. J. 11313 (67 wen. als in d. Vorw.), darunter 1038 Typhus — (13 wen.), 1094 Syphilis — (38 wen.), 425 Scharlach — (15 wen.) 190 Diphtherie — (10 mehr), 69 Masern — (2 mehr) und 20 Pockenkranke — (7 wen. als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 5. bis zum 11. Febr. d. J. im ganzen 777 (425 M., 352 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 2. Typh. abd. 15. Febris recurrens 5, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 12, Scharlach 9, Diphtherie 4, Croup 0, Keuchhusten 9, Croupöse Lungenentzündung 29, Erysipelas 3, Grippe 5, Katarrhalische Lungenentzündung 82, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 9, Tuberkulose der Lungen 102, Tuberkulose anderer Organe 24, Alkoholismus und Delirium tremens 10, Lebensschwäche und Atrophia infantum 37, Marasmus senilis 21, Krankheiten des Verdauungskanals 139, Totgeborene 35.

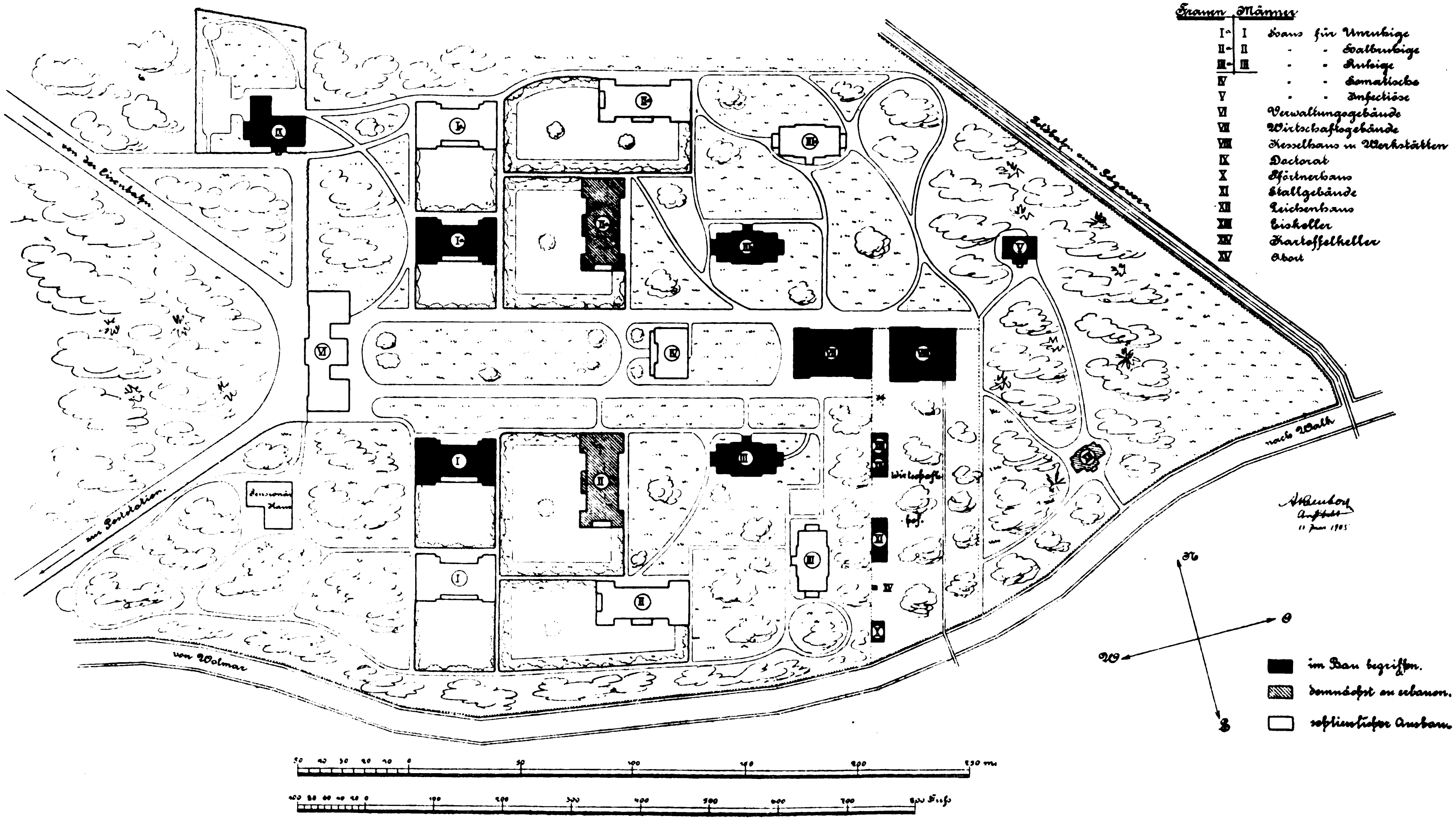
◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag, d. 7. März 1906.

Tagesordnung: Petersen: Krankenvorstellung.
Schmidt: Helminthologisches.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 13. März 1906.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

Heil- u. Pflegeanstalt in Stackeln. Situationsplan



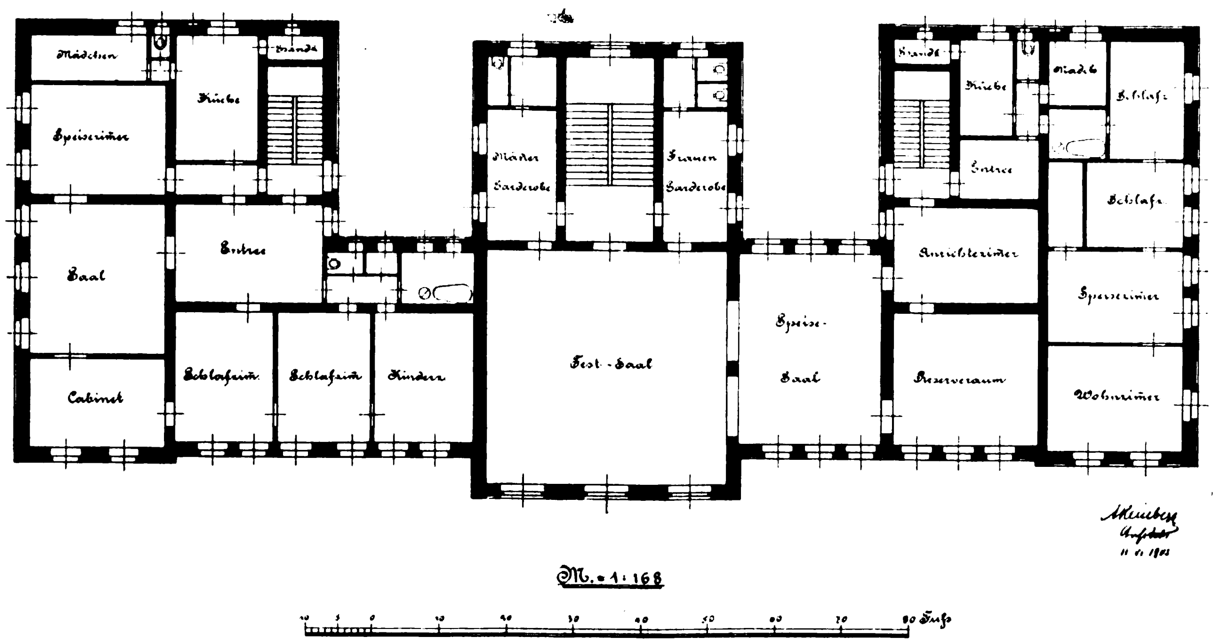
.I

Heil- u. Pflegeanstalt in Stackeln: Verwaltungsgebäude VI

1. Obergeschoss

Wohnung des I. Arztes

Wohnung des Inspectors



XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. E. Blessig in St. Petb., W. O., 4 Linie, 5 zu richten. Sprechstunden tägl. ausser Mittwoch u. Sonntag v. 4—6 U. Telephon 20557.

№ 9 St. Petersburg, den 4. (17. März). 1906.

Salizylspirituskompressen bei Scharlach, Cerebrospinalmeningitis etc.

Von

Dr. Solt — Nitau (Livland).

Dr. A. Philippson — Hamburg, hat 1898 empfohlen, Furunkel mit 2 pCt. Salizylspiritus zu behandeln. Seit dieser Zeit habe ich 2 pCt. Salizylkompressen in vielen Fällen mit Erfolg angewandt, zuerst überall da, wo die Salzwedel'schen Spirituskompressen gebraucht werden.

Aus einer Reihe derartiger Fälle will ich nur zwei ganz kurz anführen: Ein siebzehnjähriger Arbeiter hatte sich vor ungefähr 4 Wochen mit der Sense den linken Oberarm verletzt; die Wunde war, wie er sagte, unter Jodoformbehandlung langsam verheilt. Vor einer Woche hatte der Oberarm aber angefangen zu schwellen und empfindlich zu werden. Der Kranke klagt über Uebelsein, äusserste Atemnot und Schmerzen am ganzen Körper. Dieselben sind am heftigsten im linken Oberarm, in der Herz- und Magengegend. Temperatur 38,6 Puls 110, sehr schwach, arythmisch. Die Herzdämpfung hat die dreieckige Form der grossen perikarditischen Ergüsse. Dämpfung über der unteren Hälfte der linken Lunge. Der Leib aufgetrieben, sehr empfindlich; der Rumpf des Kranken ist auffallend spindelförmig.

Der ganze Zustand war ein so schlimmer, dass weder der Kranke, noch seine Anverwandten, noch ich eine Hoffnung auf Genesung hatten. Da sie auch die Punktion verwarfen und nur etwas zur Erleichterung haben wollten, so liess ich den ganzen Rumpf und den linken Oberarm in eine Kompresse legen: Eine Lage dünner Leinwand, befeuchtet mit Salizylspiritus, und darüber fest angedrückt, ein wollenes Tuch. Innerlich Ergotin mit Strophantus. Nach 24 Stunden war Polyurie und deutliche Besserung eingetreten und nach einer Woche war der Patient fast gesund.

Ebenso rasch genas ein 15 jähriger Knabe, der wegen einer vernachlässigten Schnittwunde am Knie zu mir kam.

Der Kranke fühlt sich sehr schlecht, die Wunde ist fast verheilt, mit einer dünnen trocknen Borke bedeckt. Das ganze Bein ist aber geschwollen, dunkelrot und braun gefleckt und gestreift, darüber grosse, gelbbraune Borken. Temperatur 39,0 Puls 120, regelmässig. Verordnung: Salizylspirituskompresse um das Bein. Innerlich Ergotin.

Ebenso sichtbar war die Wirkung des Salizylspiritus in ungefähr 50 Fällen von Scharlachangina aus zwei Epidemien.

Das Auffallende der ersten Epidemie 1901 (etwa 20 Fälle) waren die ausserordentliche Schwellung und Vereiterung der Halsdrüsen. Alle nicht behandelten Drüsen vereiterten. Ich habe eine Phlegmone aufgeschnitten, die vom Nacken bis zum Schwertfortsatz des Brustbeins reichte. Sie heilte rasch unter einer Salizylspiritus-Kompresse. Die Schwellung der noch nicht vereiterten Drüsen, wenn sie auch noch so stark war, ging unter Salizylbehandlung zurück.

6 Kinder eines Hauses erkrankten fast gleichzeitig mit Angina und Drüsenschwellung. Da die Eltern schuldbewusst waren (sie hatten der Beerdigung eines an Scharlach gestorbenen Kindes beigewohnt und verschiedenes Essbare vom Beerdigungstisch, wie es auf dem Lande der Usus ist, nach Hause mitgebracht), so wandten sie sich bei den ersten Krankheitserscheinungen sofort an den Arzt. Die Kinder bekamen Ichthyol innerlich und Salicylspirituskompresse um den Hals und brauchten nicht einmal das Bett aufzusuchen.

Das Charakteristische der zweiten, sehr bösartigen Epidemie vom Jahre 1905 war die Scharlachdiphtherie, oder vielmehr Scharlachnekrose der Tonsillen und des Rachens.

In vielen Fällen sowohl bei kleinen Kindern, als auch bei Erwachsenen trat gar kein Exanthem auf, dafür waren die Erscheinungen im Rachen desto stärker. Die Tonsillen waren stark geschwollen, bis zur gegenseitigen Berührung. Der Belag schmierig grau-weiss, mit dunkelbraunen Flecken, was charakteristisch ist für Scharlachnekrose, gegenüber dem gleichmässig silberglänzenden frischen Diphtheriebelag.

In älteren Fällen war der Rachen wie ausgepolstert mit hängenden, weichen, grünlichen Fetzen, was wiederum charakteristisch ist gegenüber den grünlicher dicken, festen, älteren Diphtheriebelägen.

Von Nichtbehandelten starben sehr viele, sowohl Kinder, wie Erwachsene. In einem Hause sogar 6.

Von den behandelten 20 Patienten aus der ersten Epidemie genasen alle; von den dreissig der zweiten Epidemie starben zwei Kinder von 3½ resp. 6 Jahren. Das erste Kind lag im Coma, Temperatur 40,5, Puls 170. Das zweite Kind hatte schon am zweiten Krankheitstage nekrotische Flecken auf den Tonsillen und im Rachen, Temperatur 39,7, Puls 144. Der Allgemeinzustand beider war ein solcher, dass auch andere Mittel, z. B. Serum, sicher nicht geholfen hätten.

Die Behandlung meiner Scharlachpatienten besteht in Salizylspiritusumschlägen um den Hals und hinter den Ohren, wegen etwaiger Mittelohrentzündung. Keine Gurgelungen, keine Pinselungen. Dafür bekamen die Patienten auf die Empfehlung eines russischen Kollegen (Nasarow) innerlich von einer Lösung von Ammon. sulfoichthyolic. mit Aq. dest. āā 4 mal täglich so viel Tropfen wieviel Jahre der Patient alt war. — In allen Fällen mit Ausnahme jener zwei trat schnell Besserung ein. Kam der Kranke gleich im Anfang in die Behandlung, so verlief die Krankheit ganz leicht und ungefährlich. Bei so behandelten Kranken habe ich niemals Nieren — selten Ohrenentzündung gesehen.

In den Therapeutischen Monatsheften 1903 empfiehlt Kolbassenko bei Scharlachangina Kompressen mit reinem Spiritus.

Noch eine Infektionskrankheit habe ich mit Salicylspiritusumschlägen behandelt. Sie hat im Laufe des Jahres 1905 viele Opfer gefordert, besonders in Deutchland und Amerika. Das ist die Cerebrospinalmeningitis.

Von den Behandlungsmethoden wurden am meisten warme Bäder und die Quincke'sche Punktion genannt. Die Erfolge sind mittelmässig gewesen. In früheren Jahren habe ich mit warmen Bädern nichts erreicht. Die Quincke'sche Punktion ist, den medizinischen Zeitungen zufolge, eine ziemlich gefährliche Operation.

Salizylpräparate sind innerlich empfohlen worden.

Dr. Erlanger lässt Klystiere mit Nat. salicyl. machen.

Im Jahre 1900 bekam ich einen 13-jährigen Knaben in Behandlung. Vor einer Woche mit Kopfschmerzen, Erbrechen und Irrereden erkrankt. Am dritten Krankheitstage Ausschläge auf den Streckseiten der Vorderarme, der Hände, der Füsse und der Unterschenkel.

Seit vier Tagen völlige Bewusstlosigkeit. Auch während der Untersuchung ist der Kranke vollkommen bewusstlos. Der Herpesausschlag ist ziemlich dicht. Das Gesicht gerötet. Die Augäpfel nach oben gerollt, so dass man nur das Weisse des Auges, zwischen den halbgeöffneten Lidern, sieht. Starker Opisthotonus; die gesamte Muskulatur gespannt, rigid. Jede Berührung verursacht Zusammenzucken des Kranken. Mussitierende Delirien. Puls 112, unregelmässig. Temperatur 40,5. Innerlich erhielt der Patient anfangs Cardiaca und Diuretica und äusserlich die Salizylspiritusumschläge. Später Kal. jodat. und Pilocarpin einmal. Der Knabe wurde mir später als gesund vorgestellt. Er hatte aber das Gehör gänzlich verloren. Obgleich die Fälle mit Herpes zu den leichteren gezählt werden, so war doch dieser Fall ein recht schwerer.

Der zweite mit Salizylspiritusumschlägen behandelte Fall war ein 4½-jähriger Knabe, der sofort nach der Erkrankung in Behandlung kam. Der Kranke ist somnolent; die Pupillen ungleich; Nackenstarre, leichte Konvulsionen.

Puls 120, regelmässig. Temperatur 40,5. Innerlich Natr. salicyl. und Natr. bicarbon. āā. Das Kind wurde ganz gesund, ohne irgendwelche Folgeerscheinungen.

Ich erinnere mich noch einiger ambulanter Fälle, mit Fieber und meningitischen Reizerscheinungen, wie ungleiche Pupillen, Ptosis des einen Augenliedes, die man aber nicht genau diagnostizieren konnte wegen der Kürze der Beobachtungszeit, denen aber Salizylspiritusumschläge auch geholfen hatten. Die Kompresse wurde über die ganze Wirbelsäule und den Hinterkopf gelegt.

Weiter wurde behandelt mit Salizylspirituskompressen eine Krankheit, die mikroskopisch ähnliche Bazillen hat wie die vorhergehende, die Gonorrhöe. Zwei junge Mädchen waren nachweisbar von Tripperkranken angesteckt worden, hatten Ausfluss und peritonitische Erscheinungen mit starken Schmerzen. Noch stärker waren dieselben Erscheinungen bei einer jungen Frau. Die letztere hatte noch eine äusserlich sichtbare sehr empfindliche Entzündung der Kehlkopfknorpel und eines Fingers der linken Hand. Natr. salicyl. innerlich und Salizylspirituskompresse äusserlich hoben alle Beschwerden. Bei einer Nachbehandlung mit Ichthyol innerlich und per vaginam scheinen alle drei Patientinnen ganz hergestellt zu sein. In allen drei Fällen wurde die Diagnose durch mikroskopische Präparate gesichert.

Ausser bei Peritonitis, Pleuritis, Typhlitis, Tendovaginitis, Phlebitis habe ich noch günstige Erfolge gesehen in einem Fall von Hydrocele bei einem 2-jährigen Kinde. Die Hydrocelenflüssigkeit verschwand ohne Punktion. Bei Erwachsenen nimmt die Menge der Flüssigkeit wohl ab, aber verschwindet nicht. Zwei Fälle von Bubo heilten ohne Incision.

Zuletzt will ich noch fünf Fälle von Schlangenbiss erwähnen. In allen Fällen sassen die Bisse in der Mitte des Unterschenkels. In einem Falle waren drei Bisswunden da. Das junge Mädchen war beim Heumähen auf die Schlange getreten und hatte vor Schreck den Fuss nicht gleich zurückziehen können, so dass die Schlange, um sich zu befreien, dreimal gebissen hatte. Das Mädchen war nach einigen Stunden ganz benommen, erbrach und hatte einen schwachen und unregelmässigen Puls. In allen fünf Fällen wurde um das ganze Bein eine Salizylspirituskompresse gelegt und innerlich recht viel Alkohol gegeben. Die Wunden wurden sonst nicht berührt. Keiner von den Kranken hat irgendwelche Nervenstörungen nachbehalten, wie es wohl der Fall ist bei unbehandelten Kreuzotterbissen.

Schon 1891 empfiehlt Nitzelnadel Salizylspiritus bei Acne pustulosa. Und gerade bei Acnepusteln kann man die Vorzüge des Salizylspiritus vor anderen spirituösen Lösungen, oder dem reinen Spiritus am besten beweisen. Zum Betupfen von Acnepusteln, Herpes der Lippen und der Vorhaut, kleiner entzündeter Wunden an den Fingern und am Zahnfleisch habe ich versuchsweise reinen Spiritus, Sublimatspiritus (1:1000); Aluminium aceticumspiritus; Chininspiritus 2 pCt. (natürlich gelöst in etwas acid. mur.) benutzt; am sichersten wirkt aber Salicylspiritus. — Die Wirkung der Alkoholumschläge beruht nach Buchner auf der durch den chemischen Reiz des Alkohols verursachten Gefässerweiterung und nachfolgender Hyperämie des betreffenden Körperteils; nach Salzwedel auch auf der desinfizierenden und entzündungswidrigen Eigenschaft des Alkohols.

Beide Eigenschaften des Alkohols müssen nun durch das Hinzufügen von Salizylsäure verstärkt werden. Die keratolytische Eigenschaft macht die Haut durchgängiger für den Alkohol oder die Alkoholdämpfe und nebenbei wirkt die eigene desinfizierende und blutgefässerweitende Eigenschaft der Salicylsäure.

Nach den Untersuchungen von Dr. Rieländer und Fett dringen nur spirituöse Lösungen tief ins Gewebe ein. Die Experimente von M. P. Gundorow — Tomsk haben bewiesen, dass die Salizylsäure am leichtesten durch die unverletzte Haut dringt. Auch gehört Salizylsäure zu denjenigen Medikamenten, die in die Muttermilch übergehen.

Damit die Haut nicht zu stark und zu rasch angegriffen wird, lasse ich immer nur eine einfache mit Salizylspiritus getränkte Lage Leinwand legen, und dieselbe mit einem dichten wollenen Tuch festbinden, die Lein-

wand wird von neuem angefeuchtet, wenn sie ganz trocken geworden ist.

Fängt die Haut an empfindlich oder wund zu werden, so nimmt man den Umschlag ab und betupft die betreffende Stelle, ein paarmal täglich, mit einem, mit Salizylspiritus benetzten Wattebausch. Nach einem halben, oder einem Tage kann man den Umschlag wieder erneuern.

Die Widerstandsfähigkeit der Haut ist ganz verschieden. Manche Kranke vertragen die Umschläge wochenlang, ohne dass die Haut wund wird. Bei manchen muss man schon nach einem Tage pausieren. Doch scheint bei den letzteren der Erfolg sich rascher einzustellen.

In letzter Zeit glaube ich bemerkt zu haben, dass die Nachwirkung einer Salizylspirituskompresse zwei Tage dauert. Demgemäss könnte vielleicht die Anzahl der Kompressen gegebenen Falles stark reduziert werden. Die Haut würde dann gar nicht, oder nur unbedeutend angegriffen werden.

Die Livländische Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke Stackeln.

II.

Technischer Erläuterungsbericht.

Von

Architekt August Reinberg, Riga.

(Schluss.)

Das Wirtschaftsgebäude (Tafel 9).

Es enthält in der Mitte die Waschküche und die Kochküche, welche beide 6,7 m hoch sich durch zwei Geschosse erheben und durch hohes Seitenlicht erleuchtet werden. Die eingeschossigen Seitenteile enthalten auf der Frauenseite: den Raum für Wäscheausgabe und -annahme, das Leute-Esszimmer, die Spülküche und die Speiseausgabe für Frauen; auf der Männerseite. den Gemüseputzraum, die Speiseausgabe für Männer, den Maschinenraum für die Waschküchenapparate und den Trockenraum für die Wäsche. Von den zweigeschossigen Risaliten enthält derjenige auf der Waschküchenseite parterre den Mangelraum, die Plätt- und Flickstube, das Wäschemagazin und einen Abort, im Obergeschoss eine zweizimmerige Wohnung für die Wirtin und die Schlafräume für die Oberwäscherin, 2 Köchinnen, die Küchenmägde und Wäscherinnen, sowie einen Abort. Der Risalit an der Kochküche enthält im Erdgeschoss das Fleischlager, den Raum für Milch- und Buttervorräte, die Kammer für Brot, Mehl und Geschirr, die Backstube und einen Abort; im Obergeschoss die Wohnung des Maschinisten, bestehend aus 2 Zimmern und Küche, ferner die Räume für Heizer, Hausknechte, Nachtwächter nebst Abort, sowie einen Reserveraum.

Das Kesselhaus und Werkstättengebäude (Tafel 10).

Um den 115 Fuss = 35 m hohen Schornstein, der zugleich als Träger des 70 Fuss = 21,3 m hoch gelegenen Hochreservoirs für die Wasserleitung ausgebildet ist, gruppieren sich folgende Räume. Rückwärts nach Osten zu ist das Kesselhaus mit einer lichten Spannweite von 51′6″ = 15,7 m und einer Länge von 74 Fuss = 22.5 m angeordnet, nach vorne befindet sich parterre der Desinfektionsraum und die Badestube, sowie der Dampfmaschinenraum, die Schlosserei und Schmiede und ein Lagerraum. Im Obergeschoss sind die Werkstätten für Schuster, Schneider, Buchbinder, Glaser und Tischler untergebracht nebst 2 Lagerräumen.

Das Doktorat (Tafel 11).

Das Wohnhaus des Direktors der Anstalt besteht aus Vorzimmer, Wartezimmer, Kabinett, 3 Schlafzimmern, Saal, Salon und Speisezimmer nebst Küche, Mädchenzimmer, Bad und den nötigen Nebenräumen, sowie einigen Dachstübchen als Fremdenzimmern.

Das Leichenhaus (Tafel 12).

Dieses soll im Keller einen Aufbewahrungsraum für Leichen enthalten, im Erdgeschoss eine Kapelle, einen Sezierraum, einen Raum für Präparate, einen Raum für den Pastor, einen Ankleideraum und einen Abort.

Die Nebengebäude (Tafel 13).

Das an der Landstrasse belegene Pförtnerhäuschen enthält 2 Zimmer nebst Küche und Vorratskammer. Das Stallgebäude weist einen Stall für 8 Pferde resp. Kühe, eine Wagenremise und eine Kutscherwohnung von einem Zimmer nebst Küche und Vorratskammer auf.

Schliesslich ist noch ein Eiskeller, ein Kartoffelkeller und ein Abort für den Kutscher und Pförtner auf dem Wirtschaftshof projektiert.

Die Grössenverhältnisse der einzelnen Räume und Gebäude sind aus den Zeichnungen ersichtlich.

Die Art der Heizung.

Eine Frage von tief einschneidender Bedeutung war die der Heizung und Ventilation. Sollte Ofenheizung oder Zentralheizung und letztere wiederum als Fernheizung mit einer allen Gebäuden gemeinsamen Zentralen oder für jedes Gebäude getrennt durchgeführt werden? Letzteres System musste bei einiger Ueberlegung ohne weiteres fallen gelassen werden, weil es bei dem verhältnismässig geringen Umfange der einzelnen Gebäude ohne Zweifel teurer zu stehen gekommen wäre und eine grössere Bedienungsmannschaft erfordert hätte, auch Rauch und Russ in das Gelände getragen hätte, somit einen Hauptvorteil der Zentralheizung hätte vermissen lassen. Es blieb nur die Wahl zwischen Fernheizung und Ofenheizung. Erstere erforderte in runder Summe mit Einschluss der Dampfwaschküche und der Dampfkochküche eine grössere Kapitalanlage von 83,000 Rbl. für 200 Kranke und von 128,000 Rbl. für 400 Kranke. Als Heizmaterial konnte nur Holz in Frage kommen, da die Anstalt in waldreicher Gegend liegt.

Eine annähernde ziffernmässige, auf Grund praktischer Erfahrung gemachte Zusammenstellung der Vor- und Nachteile beider Heizungssysteme ergab, dass durch die Möglichkeit der teilweisen Verwendung der wertlosen Sägespäne und billigen Holzabfälle des daneben belegenen ritterschaftlichen Sägewerkes, ferner durch geringeren Aufwand an Bedienungsmannschaft für die Heizung und an Personal für die Wäschereinigung und Speisenbereitung eine so bedeutende Ersparniss an Betriebskosten, etwa 6500 Rbl. jährlich, erzielt werden konnte, dass diese Kapitalanlage wohl lohnend erschien. An unberechenbaren Vorteilen kommen noch hinzu die grosse Sauberkeit der Heizung, der Fortfall der Feuergefährlichkeit und der Rauchbelästigung von den vielen niedrigen Schornsteinen sowie der Beunruhigung der Kranken durch die Schar von Heizern, da die Wärter dazu nicht verwendbar sind; ferner die Möglichkeit steter Bereitschaft warmen Wassers für die Dauerbäder, auf welche die neuzeitliche Behandlung der unruhigen Geisteskranken zum Teil aufgebaut ist, und last not least die Möglichkeit einer exakten Wirkung der Ventilation. Das waren die Gründe, welche ausführlicher im Bericht des Leiters der Anstalt Herrn Dr. med. A. Behr behandelt sind und welche die Baukommission bestimmten, trotz der grösseren Kosten bei der projektierten Fernheizanlage zu bleiben.

Um indes alles in dieser Hinsicht zur Rechtfertigung der so bedeutenden Mehrausgaben getan zu haben, wandte sich die Baukommission an den Professor des hiesigen Polytechnikums für das Heizungsfach Ch. Clark, dem alle Daten zur Beurteilung der Frage zur Verfügung gestellt wurden und der auf Grund genauer rechnerischer Untersuchungen der von der Aktiengesellschaft C. Siegel projektierten Anlage zu demselben Resultat des Vorzuges der Zentralheizung in ökonomischer Hinsicht vor der Ofenheizung gelangte.

Die Zentrale für Heizung.

Den für die endgültige Belegzahl von 400 Betten nötigen Dampf zum Heizen und Wasserpumpen werden 1 Kessel von 35 m² und 5 Kessel von je 52 m² Heizfläche liefern. Vorläufig kommen zur Ausführung der erstere für den Sommerbetrieb und 2 von den letzteren für den Winterbetrieb. Zur Speisung der Kessel dienen 2 vierfach wirkende Duplexdampfpumpen. Das von der Heizung zurückströmende Kondenswasser wird in einer Zisterne gesammelt und durch einen Pulsometer in ein Speisereservoir gepumpt, von wo es sowohl durch Injektoren als auch durch die Speisepumpen in die Kessel gedrückt werden kann. Das Reservoir ist imstande das bei niedrigster Aussentemperatur in einer Stunde in den Leitungen kondensierte Wasser aufzunehmen. Die Kessel und die Dampfverteiler sind durch eine Ringleitung miteinander verbunden. Die Kessel sind für eine Betriebsspannung von 9 Atm. bestimmt, während die Fernleitung mit 7 Atm. arbeiten soll.

Die Dampfleitungen im Gelände.

Die Dampfzufuhr zu Heizungs- und Warmwasserbereitungszwecken sowie zum Betriebe der Maschinen in der Dampf- Wasch- und Kochküche geschieht durch 2 verschieden grosse Dampfleitungen, welche in einem Betonkanal von 1,1 m Höhe und 0,80 m Breite durch das Gelände geführt wird. Die stärkere Leitung allein genügt zu Heizungszwecken bei einer Temperatur bis —25° C. und die kleinere gleichzeitig zur Warmwasserlieferung. Im Herbst und Frühling leistet die grössere Leitung, Heizung und Warmwasserbereitung zugleich, während die kleinere Leitung im Sommer Warmwasserbereitung und bis zu + 10° C. auch die Heizung besorgen kann. Im Falle einer notwendig werdenden Remonte an der einen Leitung lässt sich der Dampf streckenweise durch Umschaltung in die andere Leitung überführen und dadurch eine Betriebsstörung vermeiden. Der Dampf tritt in die Gebäude mit einer Maximalspannung von 2 Atm. Das Kondenswasser wird in demselben Kanale zur Sammelzisterne im Kesselhause zurückgeleitet.

Natürlich sind alle Massregeln zum Schutz gegen Wärmeverluste, zur Entwässerung des Dampfes und gegen Ausdehnung der Leitungen durch Wärmeschutzmittel, Kondenstöpfe und Kompensatoren vorgesehen. Der Kanal, in den die Dampfleitungen verlegt sind, ist zu Beleuchtungs-, Besichtigungs- und Lüftungszwecken mit Einsteigeöffnungen und Ventilationsklappen versehen und wird aus Beton bekriechbar hergestellt. Ausserdem lässt er sich, da er mit Abdeckplatten versehen ist, an jeder Stelle zu Remontezwecken freilegen. Die Platten dienen gleichzeitig im Gelände als Trottoir.

Sämtliche Gebäude ausser dem Doktorat, dem Hause für infektiöse Kranke und den untergeordneten Nebengebäuden sollen an die Zentralheizung angeschlossen werden. Neuerdings beschloss die Baukommission, um an Baukapital zu sparen, das Haus für infektiöse Kranke und das Leichenhaus nicht mit Dampf zu heizen, sondern sie für Ofenheizung einzurichten.

Die Heizung.

Sie ist so berechnet, dass sie bei einer niedrigsten Aussentemperatur von —25° C. die Innenräume je nach ihrem Zweck auf + 15° (Treppenhäuser) bis + 25° C. (Dauerbäder) zu erwärmen vermag. Im allgemeinen ist Dampfwarmwasserheizung vorgesehen, weil diese eine angenehme und milde Wärmeabgabe bietet. Die Wachsäle, Bade- und Isolierzimmer in den Abteilungen für Unruhige und Halbruhige sollen Dampfluftheizung mit Befeuchtung erhalten, um eine Berührung der Heizkörper durch die unruhigen Kranken zu verhindern. Dieselbe Heizung ist aus ökonomischen Gründen auch im Festsaal vorgesehen. Die untergeordneten Räume im Verwaltungsgebäude, ferner das Wirtschaftsgebäude und die Werkstätten sollen durch Niederdruckdampfheizung erwärmt werden.

Die Ventilation.

Für den Luftwechsel sind folgende Vorschriften gemacht worden. In allen Wohn- und Bureauräumen sowie Korridoren muss ein einmaliger Luftwechsel pro Stunde möglich sein, in den Aufenthalts- und Tagräumen für Kranke ein zweimaliger, in den Wachsälen und Krankenzimmern ein 2½-maliger, in den Bade-, Isolier- und Schlafzimmern sowie den Spülküchen ein 3-maliger und endlich in den Aborten ein 5 maliger Luftwechsel pro Stunde. — Die Ventilation ist teils durch vorgewärmte Luft, teils durch direkt an die örtlichen Heizkörper geleitete Luft projektiert, mit den nötigen Reguliervorrichtungen versehen und gegen Einfrieren der Heizkörper gesichert. Die Wirkung der Ventilation auch während des Sommers ist sichergestellt.

Die Warmwasserbereitung.

Sie geschieht in jedem Gebäude gesondert. Die dazu dienenden Kessel werden selbsttätig vom Wasserturm aus gespeist. Für geringeren Verbrauch, z. B. in den Spülküchen, sollen sog. Gegenstromapparate aufgestellt werden, welche Wasser von bestimmter Temperatur zu liefern imstande sind. In der Wäscherei und in der Badestube im Kesselhause wird das warme Wasser durch Abdampf erhalten, in der ersteren von der Dampfmaschine, in der letzteren von den Dampfpumpen aus.

Die Kaltwasserversorgung.

Das für die verschiedensten Zwecke nötige Wasser soll durch einen artesischen Brunnen geliefert werden, aus welchem es zunächst in einen Betonbrunnen gelangt, um mittelst Dampfpumpen in das Hochreservoir von 40 m³ Inhalt gehoben zu werden. Die Pumpen können in 10-stündiger Arbeitszeit 120 m³ fördern, sind also für eine Leistung einschliesslich des späteren Zubaues berechnet. Eine Pumpe deckt den Tagesbedarf und füllt zugleich das Hochreservoir, welches für die Nachtzeit allein genügt. Für Feuersgefahr sind Wasserschieber vorgesehen, durch deren Absperrung das Wasser in die Fernleitung gedrückt wird. Die ganze Wasserleitung im Gelände ist als Ringleitung ausgebildet, um Betriebsstörungen zu begegnen. An 6 Stellen sind Hydranten im Gelände vorgesehen, ausserdem ist in jedem Treppenhause ein Feuerhahn projektiert. Alle Gebäude mit Ausnahme des Stalles und Pförtnerhäuschens, für welche das Wasser einem Brunnen entnommen werden soll, sind an die Wasserleitung angeschlossen. Für die Dauerbäder in der Abteilung für Unruhige und Halbruhige sind gusseiserne, innen emaillierte Wannen vorgesehen, die auf an den Fussboden angeschraubten gusseisernen Füssen ruhen, um ein Umwerfen durch die Kranken unmöglich zu machen. Eine Mischbatterie in der Wand, die nur dem Wärter zugängig ist, die Temperatur des zufliessenden Wassers reguliert und sie jedenfalls nicht über 35° C. steigen lässt, versorgt die Wannen mit Wasser. Die Reihenwaschtische sind gusseisern emailliert, während die Klosetts aus Fayence hergestellt werden sollen, weil die Erfahrung ergeben hat, dass Gusseisen an dieser Stelle sich nicht bewährt hat; die Urinals sind mit Oelgeruchverschlüssen projektiert. In jedem Hause für unruhige und halbruhige Männer ist je ein Hockklosett angeordnet.

Die Abwässer.

Diese gelangen aus den Küchen, Wannen, Aborten etc. in ein Kanalisationssystem, das ausserhalb des Geländes jenseits der Wolmar-Walkschen Landstrasse in ein Sammelbassin mündet, aus welchem die Fäkalien durch Handpumpen in Wagen gepumpt und event. in der Landwirtschaft verwandt werden könnten, während das mitgeführte Wasser durch ein Coaksfilter gelassen und in die Aa abgeleitet wird. Das Kanalisationsnetz besteht aus innen und aussen glasierten Tonröhren; zwecks Kontrolle sind in gewissen Abständen Betonbrunnen mit gusseisernen Deckeln angeordnet. Das Regenwasser soll durch Versickerung beseitigt werden und nur die an dem Hauptwege belegenen Abfallrohre von den Dächern sollen an die Kanalisation angeschlossen werden. Gegen stellweise hochstehendes Grundwasser ist eine Drainierung des Geländes durch 3- und 5-zöllige Drainröhren vorgenommen worden.

Die Dampf-, Koch- und Wasch-Küchen.

Erstere ist mit den nötigen Apparaten zur Herstellung von Speisen für 200 tägliche Portionen der Verpflegung dritter Klasse und 50 Portionen zweiter Klasse für das Pflegepersonal und diätarische Kost mit Berücksichtigung der späteren Vergrösserung auf 400 Personen ausgestattet; in letzterem Falle wären zwei weitere Kochkessel aufzustellen. Die Dampfwaschküche hat die maschinellen Einrichtungen zum Reinigen, Trocknen und Rollen der Wäsche von 250 Personen erhalten, und leistet diese Arbeit in 3—4 Tagen. Der Mehrbedarf für 400 Kranke soll durch Einschalten einer grösseren Zahl von Waschtagen bewältigt werden. Das Trocknen der Wäsche und die Warmwasserbereitung in der Waschküche wird durch Abdampf von der Dampfmaschine besorgt.

Der Desinfektionsapparat.

Er bietet die Möglichkeit ein ganzes Krankenbett nebst Wäsche auf einmal durch hochgespannte Dämpfe zu desinfizieren. Im Durchgangsraum für die Bedienung ist eine heisse Douche mit Mischbatterie aufgestellt zur Desinfektion und Reinigung der Bedienung.

Die Beleuchtung und Telephonleitung.

Es ist eine elektrische Beleuchtung sämtlicher Gebäude projektiert, welche ihre Zentrale in einem Raume des Kesselhauses haben soll. Für die im Bau begriffenen Gebäude werden rund 400 Glühlampen und 6 Bogenlampen erforderlich sein; für die Erweiterung auf 200 Betten kämen noch 100 Glühlampen hinzu, während für 400 Betten die Gesamtanlage 1000 Glühlampen und 8 Bogenlampen umfassen würde. — In den Wachsälen sollen die Nacht über die Lampen verdunkelt werden können und werden die Leitungen in allen Krankenräumen unter Putz verlegt werden. — Natürlich werden alle Gebäude unter einander durch eine Telephonleitung verbunden werden.

Der Kostenüberschlag.

Untenstehend folgt ein Ueberblick über die voraussichtlichen Kosten der ganzen Anlage, gruppiert nach dem in Aussicht genommenen Modus der Ausführung.

Eine wichtige Frage ist die, auf welche Art das Verwaltungsgebäude zeitweilig ersetzt werden könnte, da auch für

Uebersicht der Kosten.

Gegenstand.	Im Bau begriffen für ca. 130 Betten.	Es kommen hinzu für die Erweiterung: bis zu ca. 200 Betten.	bis zu ca. 400 Betten.
Die Gebäude (inkl. Wasserzu- und -ableitung, Heizung, Lüftung und Wasserbereitung):	Rbl. Kop.	Rbl. Kop.	Rbl. Kop.
Pav. I. Abteilung für unruhige Männer	33009 20	—	33009 20
» Ia. » » » Frauen	33040 90	—	33040 90
» II. » » halbruhige Männer	—	32793 75	32793 75
» IIa. » » » Frauen	—	32824 85	32824 85
» III. » » ruhige Männer	31527 48	—	31527 48
» IIIa. » » » Frauen	31555 88	—	31555 88
» IV. » » somatische Männer und Frauen	—	—	15801 93
» V. Infektiöse (Ofenheizung)	6901 71	—	—
» VI. Verwaltungsgebäude	—	—	80920 85
» VII. Wirtschaftsgebäude	41498 59	—	—
» VIII. Kesselhaus, Werkstatt und Bad	28349 05	—	—
» IX. Doktorat (Ofenheizung)	16585 09	—	—
» X. Pförtnerhaus (Ofenheizung)	1500 —	—	—
» XI. Stallgebäude (Ofenheizung)	3000 —	—	—
» XII. Leichenhaus und Kapelle (Oefen)	—	5538 33	—
» XIII, XIV und XV. Eiskeller, Kartoffelkeller und Abort	500 —	—	—
Allgemeine Anlagen:			
Die artesischen Brunnen	1000 —	—	1000 —
Das Hochreservoir nebst Sammelbassin und Pumpstation	3745 64	—	—
Die Wasserleitung im Gelände	5790 85	900 —	1000 —
Die Wasserableitung im Gelände	5510 30	1000 —	500 —
Die Wasserableitung ausserhalb des Geländes inkl. Filteranlage und Ableitung zur Aa	4972 —	—	—
Die Drainage eines Geländeteils	500 —	—	—
Der Betonkanal für die Fernheizung	13795 45	2000 —	8750 —
Die Dampfleitung für die Fernheizung	16424 —	2400 —	10500 —
Die Dampfkessel und die Zisterne	20010 —	4900 —	9800 —
Die Hochdruckverbindungsdampfleitung	2863 81	500 —	1000 —
Die Dampfwäscherei	5779 —	—	—
Die Dampfkochküche	5420 01	—	1200 —
Die Rohrleitungen dazu	956 86	—	—
Die Desinfektionsanlage	1816 90	—	—
Die elektrische Beleuchtung	15344 25	1755 —	12009 —
Die Telephon- und Klingelleitung	1800 —	200 —	1600 —
Die Zäune, Hecken und Wege	4600 —	400 —	—
Honorar und Unvorhergesehenes	12203 03	1788 07	8166 16
Rbl.	350000 —	87000 —	347000 —
	Rbl 437000 —		
	Rbl. 784000 —		

die vorläufig in Aussicht genommene Belegzahl von 128—150 Kranken ein nicht geringer administrativer Apparat untergebracht werden muss. Hierfür wäre es ausserordentlich zweckmässig, jetzt schon ein Pensionärhaus als Pendant zum Doktorat zu errichten, das bis zur Errichtung des Verwaltungsgebäudes als solches dienen könnte. Die Ausgaben würden sich auf rund 40,000 Rbl. stellen, welche durch teilweise Unterbringung besser situierter zahlender Kranken in diesem Gebäude schon jetzt rentabel gemacht werden könnten.

Referate.

Karl Zingher: Das Validol in der Therapie der Seekrankheit. Med. Chirurg. Zentralblatt Nr. 45, 1905.

So verschieden die Hypothesen bezüglich der Natur der Seekrankheit sind, zumindest ebenso mannigfaltig sind die Medikamente, die gegen diese Krankheit empfohlen werden. Es gibt wohl kaum ein Sedativum oder Nervinum, das nicht wiederholt angewendet und ebenso oft wieder verworfen wurde, da sich keines dieser Mittel bewährte. Eine rühmliche Ausnahme scheint das Validol zu machen, da es unstreitig seit seinem Erscheinen im Jahre 1898 wiederholt in der Therapie gegen die Seekrankheit als das verhältnismässig zuverlässigste Präparat erwähnt wird. Prof. Scognamiglio (Neapel) war der Erste, der von ausgezeichneten Resultaten mit diesem Präparate auf Grund einer Statistik von 40 Fällen von Seekrankheit berichtete. Der Erfolg ist wohl der Verbindung des Menthols mit Valeriansäure zuzuschreiben, wodurch die Wirkung des Menthols (nach Pellacani bestehend in Herabsetzung der Reflexerregbarkeit und Erhöhung des Blutdruckes) bedeutend verstärkt wird. Zahlreiche Nachprüfer bestätigten die günstigen Erfolge Scognamiglio's und in letzter Zeit schloss sich diesen der emer. öster. Loydarzt Dr. Zingher an, der als langjähriger Schiffsarzt der Austro-Americana vielfach Gelegenheit hatte, die verschiedensten therapeutischen Versuche bei Seekrankheit zu machen. Z. erklärt, dass er mit keinem der harmlosen Medikamente je derart günstige Erfolge wie mit Validol erzielt habe.

Nach seinen Erfahrungen übertrifft das Validol alle bisher angewendeten Sedativa und Nervina, ja er möchte das Validol direkt als Spezificum gegen die Seekrankheit bezeichnen, wobei für ihn hauptsächlich der Umstand massgebend ist, dass er gerade in den schwersten Fällen eklatante Besserung resp. Heilung erzielte.

Dabei ist die Verabreichungsweise des Validols sehr einfach (10—15 Tropfen in Wasser oder Zucker) und es wird von den Patienten anstandslos gern genommen.

Dargestellt wird das Validol von den ver. Chininfabriken Zimmer & Co. in Frankfurt a./M.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Willy Müller: Die physikalische Therapie im Lichte der Naturwissenschaft. Verlag von Gustav Fischer in Jena. Gross 8°. Preis 2 Mk. 40 Pf.

Eine treffliche Werbeschrift für die physikalische Therapie liegt uns in dieser 122 Seiten starken Brochüre vor, der als Motto die Worte Prof. v. Leydens: «Die physikalische Therapie muss immer mehr Allgemeingut sämtlicher Aerzte werden» an die Spitze gesetzt sind. Dem Verfasser — selbst Besitzer und Leiter einer physikalisch-diätetischen Heilanstalt in Gotha — ist es gelungen, in dieser kleinen Schrift den Wert und die Vorzüge der physikalischen Heilmethoden ins rechte Licht zu stellen und darzutun, dass die physikalische Therapie nichts Nebensächliches, sondern eine Therapie ist, welche, vermöge ihrer Anpassung an die pathologische Physiologie, als eine vielseitige, wissenschaftliche und absolut physiologische angesehen werden muss.

Die medizinische Wissenschaft macht gegenwärtig eine Umwandlung durch, und vor allem die Therapie, die sich in eine chemische und physikalische geteilt hat, und zwar sehr zugunsten der letzteren, weil naturgemässeren. Die chemische Therapie, wie sie sich in den letzten Jahrzehnten entwickelt hat, kann doch nicht mehr als naturgemäss gelten, denn das ewige Herumprobieren mit tausend täglich meist von Laien erfundenen und durch Reklame eingeführten Mitteln kann nicht als rationell angesehen werden, wenn es auch ein bequemes Refugium für Leichtgläubige, Bequeme und Denkfaule ist. Leider ist man sich meistenteils immer noch nicht genug bewusst, dass unser chemischer Heilschatz in vielen Fällen eben nicht ausreicht. Können wir z. B. den Stoffwechsel im Organismus durch ein chemisches Mittel besser beeinflussen als durch die physikalischen Kräfte des Wassers, Lichtes und die Prozeduren der Mechanotherapie? Damit soll aber nicht gesagt sein, dass nicht auch unsere alten guten und bewährten Arzneimittel und Behandlungsmethoden benutzt werden sollen in den Fällen, wo sie schneller zum Ziele führen oder andere Massnahmen unterstützen.

Glücklicherweise schwinden immer mehr die selbst von ärztlicher Seite lange gehegten Vorurteile gegen die neue Richtung unserer Wissenschaft, seit die physikalische Therapie in den Lehrplan der Universitäten aufgenommen wurde und somit offizielle Anerkennung erlangte.

Nachdem nun der Verf. auf den ersten 56 Seiten die allgemeinen wissenschaftlichen Grundlagen der physikalischen Therapie erörtert hat, widmet er die zweite Hälfte des Buches den einzelnen physikalischen Heilfaktoren. Es werden in 6 Kapiteln die physikalischen Eigenschaften und physiologischen Wirkungen der Luft, des Lichtes, des Wassers, der Mechanotherapie (Gymnastik und Massage), der Diät und der Elektrizität als Heilfaktoren besprochen. Ueberall sind nützliche Ratschläge und Winke für den Praktiker eingeflochten.

Wegen des beschränkten Raumes können wir auf den höchst beachtenswerten Inhalt dieser Kapitel hier nicht näher eingehen und wollen daher nur noch den Wunsch aussprechen, dass das Buch recht viele Leser unter den praktischen Aerzten finden möge und immer mehr anerkannt werde die Devise v. Leydens: «Mehr physikalische Therapie!».

Bernhoff.

F. Dessauer: Röntgenologisches Hilfsbuch. Bd. I. Würzburg. Stuber. 1905, 136 Seiten.

Vorliegendes Buch enthält eine Sammlung von Abhandlungen des Verf. über den gegenwärtigen Stand des Röntgenverfahrens. Es werden in einzelnen Kapiteln besprochen: die Röntgenröhre, das Blendenverfahren und die Orthodiagraphie, die Stromquellen in der Medizin, die Unterbrecher, die Schliessungsinduktion, die Funkenlänge des Induktor's und den Schluss bildet eine Abhandlung über Radioaktivität und Naturanschauung.

Es handelt sich nicht um eine methodische Einführung in die Röntgenkunde, sondern mehr um eine nähere Orientierung über einige einschlägige Fragen. Einiges röntgenologisches Wissen wird bei dem Leser vorausgesetzt.

M.

Casper: Handbuch der Cystoskopie. II. Aufl. 1905. Verl. von Thieme.

Die erste Auflage dieses Werkes ist 1898 erschienen, zu einer Zeit, wo die cystoskopischen Untersuchungsmethoden eben erst anfingen in der Hand Weniger angewandt zu werden. Wie allem Neuem wurde der Methode anfangs viel Misstrauen entgegengebracht, bis durch Einführung vervollkommneter Apparate die mit diesen erhaltenen Resultate bewiesen, dass die neue Methode nicht nur viel versprach, sondern auch hielt. Gerade in Hinsicht auf Verbesserung des Instrumentariums ist Casper besonderer Dank zu spenden, ihm gebührt auch das Verdienst, die Methodik der funktionellen Nierenuntersuchung und -diagnostik vermittelst Ureterenkatheterismus begründet und zu allgemeiner Anerkennung gebracht zu haben.

Das vorliegende Buch enthält alles Wissenswerte und Bekannte über cystoskop. Apparate und Methoden, besonders ausführlich ist der Ureterenkatheterismus und die auf diesen begründete funktionelle Nierendiagnostik besprochen und gerade auf diesem Gebiet steht C. eine Erfahrung zu Gebote, wie wohl kaum einem anderen. Die Ausstattung des Werkes ist ganz vorzüglich; die farbigen Photographien der Blasenbilder sind hervorragend gelungen.

Wichert.

Anleitung zur qualitativen Analyse anorganischer und organischer Stoffe sowie zur toxikologisch- und medizinisch-chemischen Analyse nebst einer kurzen Einführung in präparative Arbeiten und in die Gewichts- und Massanalyse, namentlich zum Gebrauche für Mediziner und Pharmazeuten bearbeitet von Dr. Karl Arnold, Professor der Chemie in Hannover.

Die fünfte verbesserte und ergänzte Auflage dieses vortrefflichen Buches, wird gewiss von allen, die es in seinen bisherigen Formen in Händen gehabt haben, wiederum mit Freude in die Hand genommen werden und grossen Nutzen jedem bringen, der es bei seinen Arbeiten zu Rate ziehen sollte. Die neue Auflage hat eine durchgreifende Umarbeitung und bedeutende Erweiterung erfahren. Die erste Abteilung ist um das Kapitel «Jonentheorie und Massenwirkungsgesetz» vermehrt worden. Die zweite Abteilung handelt von der Herstellung der chemischen Reagentien. Die dritte Abteilung erhielt drei neue Tabellen zum Nachweise der seltneren Elemente. Neu ist die vierte Abteilung «Einführung in die Gewichts- und Massanalyse». Die fünfte, sechste und siebente Abteilung erfuhren den Fortschritten der Wissenschaft entsprechende Umarbeitungen. Die Abteilung 1—4, umfassend die anorganische Analyse, und die Abteilung 5—7, umfassend die organische, die toxikologisch- und medizinisch-chemische Analyse, ist auch in je einem Bande erschienen.

E. Mickwitz.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

776. Sitzung am 4. Oktober 1905.

Vorsitzender: Blessig, stellv. Sekretär: Dobbert.

I. L. v. Lingen: Ueber die Beziehungen zwischen dem Uterusmyom und dem Herzen. (Erscheint in der Zeitschrift für Geburtsh. und Gynaek., Band 56, Heft 3).

Es bestehen zwischen den Organ- und Allgemeinerkrankungen einerseits und den weiblichen Sexualorganen andererseits die nächsten Beziehungen, sei es, dass die ersteren das weibliche Genitalsystem in Mitleidenschaft ziehen, sei es umgekehrt, dass abnorme Zustände des Sexualapparates andere entfernte Organsysteme in ungünstiger Weise beeinflussen. Die Literatur der letzten Jahre weist manche Errungenschaft auf diesem Grenzgebiet auf und der praktische Arzt stösst oft genug auf Komplikationen des weiblichen Sexualapparates mit diesem oder jenem Organsystem.

Eine Komplikation, welche in das Bereich der eben genannten Kombinationen fällt, stellt die Affektion des Herzens beim Uterusmyom dar. Unter vielen Hunderten von Myomen, die Vortr. in seiner Hospital- und Privatpraxis gesehen, ist ihm nicht selten eine gleichzeitig bestehende Affektion des Herzens aufgefallen, in den letzten 2—3 Jahren hat Vortr. jeden diesbezüglichen Fall genau untersucht mit spezieller Berücksichtigung des Herzens. Vortragender verfügt über 66 Fälle.

Nachdem Hofmeier und Fehling auf den Zusammenhang einer gestörten Herzfunktion bei Anwesenheit eines Myoms aufmerksam gemacht hatten, befassten sich besonders in letzter Zeit mehrere Autoren (Strassmann und Lehmann, Winter, Fleck, Kessler u. A.) genauer mit der Frage. Manche öfters auftretende Eigentümlichkeiten im

Gesamtbild haben zu der Beziehung «Habitus myomatosus» geführt. Bei der Untersuchung des Zirkulationssystems fand Vortr., dass der Puls manche Eigentümlichkeiten aufwies: die Radialarterie ist von mässiger Füllung, der Puls leicht unterdrückbar, häufig etwas beschleunigt, aber nicht selten wird die gegenteilige Beobachtung gemacht: merkliche Verlangsamung des Pulses, die Pulsfrequenz ist labil, nicht selten ist der Puls arythmisch, aussetzend. Der Herzspitzenstoss nicht selten verbreitert. Die Erscheinungen am Herzen betreffen Störungen leichten und schweren Grades. Zu den ersteren rechnet Vortr. diejenigen Fälle, wo sich der Puls nach Frequenz und Qualität normal verhielt, die perkutorischen Grenzen normal waren oder eine nur geringe Verschiebung nach links aufwiesen und die Herztöne mehr oder weniger deutlich dumpf waren. In diese Kategorie gehören 7 Fälle = 10,6 pCt. Zu der zweiten Kategorie rechnete Vortr. solche Fälle, bei denen das Vorhandensein einer ausgesprochenen Funktionsstörung des Herzens konstatiert werden konnte. Hier hat Vortr. zwei Typen beobachtet: erstens solche Fälle, die unter dem Bilde eines mehr oder weniger schweren Herzklappenfehlers, zum Teil mit Kompesationsstörungen, einhergingen und zweitens solche, die nicht das ausgesprochene Bild eines Klappenfehlers darboten, wohl aber deutliche funktionelle Störungen aufwiesen.

In der ersten Gruppe war der Puls regelmässig, wenn auch beschleunigt, die perkutorischen Grenzen deuteten auf eine Hypertrophie oder Dilatation eines oder beider Ventrikel hin, über der Herzspitze oder über der ganzen Herzgegend war ein systolisches Geräusch zu hören, es bestanden Oedeme 3mal, Eiweiss im Harn 2mal, Zylinder 1mal. Zu dieser Gruppe gehörten 5 Pat., ausserdem noch ein Fall, welcher mit Basedow kombiniert war. Zu der zweiten Gruppe zählte Vortr. solche Fälle, bei denen der Puls intermittierend und arythmisch war — bei einigen Pat. folgten kaum 4 Pulsschläge einander regelmässig —, bei denen eine Vergrösserung der Herzgrenzen perkutorisch nachweisbar war und die Herztöne unregelmässig, arythmisch und dumpf waren. Zweimal bestanden Oedeme. Diese Fälle machten den Eindruck einer Degeneration des Herzmuskels und wurde dieser Befund bei 4 Pat. festgestellt. Ausgesprochene Herzstörungen beider Typen fanden sich also in 9 Fällen = 13,4 pCt., leichten Grades in 7 Fällen = 10,6 pCt., in summa in 16 Fällen = 24 pCt. Zu erwähnen ist, dass ausserdem in 5 Fallen anaemische Geräusche zu hören waren, die perkutorischen Grenzen waren normal. Objektive Veränderungen am Herzen fehlten und es bestand hochgradige Anaemie.

In drei Fällen wurde die Anwesenheit eines Strumas konstatiert, der Haemoglobingehalt war öfters herabgesetzt. Von den 66 Kranken waren Nulliparae 26, hatten ein Mal geboren oder abortiert 16, mehr als ein Mal geboren 21, unbekannt 3. 16 Pat. klagten über Herzklopfen, Dyspnoe, 13 über vorübergehende Oedeme. 31 Pat. litten an mehr oder weniger andauernden Blutungen, bei 13 waren die Menses profus und unregelmässig, 22 Pat. gaben an, nie an Blutungen gelitten zu haben. Bei 16 Pat., welche Funktionsstörungen am Herzen aufwiesen, wurden in der Anamnese Blutungen angegeben, doch hatte Vortr. nicht den Eindruck, dass ein direkter Zusammenhang zwischen Blutungen und Anomalien am Herzen besteht. Aus den Angaben der weitaus meisten Pat. ging hervor, dass sie zuerst an Blutungen gelitten, dann den Tumor bemerkt hatten und sich im Gefolge Anomalien im Zirkulationssystem eingestellt hatten. Alle Pat., welche an Herzstörungen litten, wiesen intramurale Myome auf; bei subserösem Sitz oder bei so kleinen Geschwulstknoten, dass man von einem Uterus myomatosus sprechen konnte, fanden sich keine Kombinationen mit Herzaffektionen. Was das Volumen der Geschwülste anbetrifft, so erreichten dieselben bei den mit Herzstörungen Behafteten Kindskopfgrösse, oder reichten bis zum Nabel oder überragten denselben; nur in einem Fall bestand ein Herzleiden bei einem faustgrossen Tumor. Vortr. glaubt nicht, dass mechanische Momente eine Rolle spielen, wohl aber der Umstand, dass durch die Einschaltung eines neuetablierten Gefässgebietes die Anforderung an das Herz eine erhöhte ist. Von 66 Pat. wurden 38 operiert; von diesen wiesen zwei bei der physikalischen Untersuchung des Herzens bedeutendere Abweichungen auf, sechs andere gehörten zu der Kategorie der Störungen leichteren Grades. Die angeführten Pat. überstanden Narkose und Operation gut.

Was die Herzveränderungen angeht, so handelt es sich gewöhnlich um degenerative Prozesse des Herzmuskels, um Myodegeneration. In der Literatur finden sich die verschiedensten Bezeichnungen. Das Bild erinnert am meisten an die von Dehio beschriebene Form «Myofibrosis cordis». Einen der Myofibrosis cordis entsprechenden Befund fand Dehio bei einem von Kessler operierten und publizierten Fall. Vortr. ist der Meinung, dass man diesen Befund öfters erheben würde, wenn man das Herz mikroskopisch untersuchte. Die meisten Autoren halten den pathologischen Zustand am Herzen für sekundär, den der Myomentwickelung für primär. Strassmann und Lehmann meinen, dass die erstere die Folge einer Funktionsstörung des Herzens sein könne. Fleck glaubt die pathologisch veränderten Ovarien anschuldigen zu müssen, diese sollen Stoffe produzieren, welche einen deletären Einfluss auf die Herzmuskulatur ausüben.

Für unser therapeutisches Handeln ergiebt sich der Satz, dass Myomkranke genau auf den Zustand des Herzens geprüft werden müssen. Werden geringe Abweichungen in ihrem ersten Beginn beobachtet, so kontraindizieren diese nicht einen operativen Eingriff, im Gegenteil sollte ein positiver Befund zugunsten eines solchen in die Wagschale fallen, eventuell nach tonisierender Behandlung mit Digitalis. Die Prognose ist in solchen Fällen günstiger, als wenn Herz- und Gefässe vorgeschrittene Veränderungen aufweisen. Es ist also nicht allein auf Wachsthum des Tumors, maligne Degeneration, Blutungen etc., zu achten, sondern auch der Status cordis verdient in die Reihe der den Ausschlag gebenden Faktoren aufgenommen zu werden.

(Autoreferat).

Diskussion:

Kallmeyer erkundigt sich, ob es L. nicht bekannt ist wie viele von den Herzaffektionen durch Entfernung der Myome gebessert worden sind. In den Fällen, in welchen keine anatomischen Veränderungen vorgelegen haben, könnte auf eine Besserung der Herzbeschwerden gerechnet werden. Für manche Fälle scheint die Winter'sche Erklärung recht plausibel, nämlich dass die Herzveränderungen nicht sekundärer Natur seien. Woher sollten sich auch bei Herzfehlern nicht Tumoren entwickeln können? Nicht ganz unmöglich dürfte ferner sein, dass die bei Herzfehlern bestehenden Stauungszustände im Zirkulationsgebiet die Entwickelung eines Myom begünstigen. Für Ovarialgeschwülste liegen die Verhältnisse insofern anders, als es sich dabei um abgekapselte Tumoren handelt und nicht wie bei den Myomen um direkt in das Gefässgebiet eingeschaltete Widerstände.

Lingen: An meinem Material habe ich nicht in genügender Anzahl Nachuntersuchungen anstellen können, doch giebt Winter an, dass Klappenfehler durch die Operation nicht gebessert werden, Dilatationen und Hypertrophien des Herzens aber nach der Operation wohl eine Besserung aufzuweisen pflegen.

II. Blessig und J. Hoehlein (als Gast): «Ein Fall von Akromegalie mit einseitiger Erblindung durch Sehnervenatrophie».

Blessig berichtet, im Anschluss an den von Dr. Kallmeyer in der vorigen Sitzung vorgestellten Fall, über einen von ihm während mehrerer Jahre gemeinsam mit den DDr. J. Hoehlein, Voss und Michelson beobachteten Fall von Akromegalie mit einseitiger Erblindung durch Sehnervenatrophie. Zunächst rekapituliert Vortr. die topographischen Verhältnisse in der Gegend der Sella turcica und der Foramina optica (Chiasma n. opt., Hypophysis, Circulus arteriosus) und erwähnt kurz die verschiedenen in dieser Gegend vorkommenden, sog. «sellaren» Läsionen des Chiasma und des Sehnerven bei ihrem Austritt aus letzterem, resp. bei ihrem Eintritt ins Foramen opticum (basale Fissuren, Empyeme der Keilbeinhöhle, Druck seitens sklerotischer Gefässe, spec. Carotis interna und Ophthalmica, Hypophysistumoren). An der Hand des bekannten Schema's der Sehnerven-Halbkreuzung werden ferner die durch Druck seitens der Hypophyse zustandekommenden Sehstörungen: bitemporale Hemianopsie, resp. einseitige Amaurose, erläutert. Dabei wird auf die genauen anatom. Untersuchungen Erdheim's (Wiener Ophthalmol. Gesellschaft) hingewiesen (Beteiligung der Gefässe des Circulus arteriosus an der Druckwirkung auf die Ursprünge der Sehnerven aus dem Chiasma), sowie die Anschauung Schnabels von einer nicht mechanischen sondern elektiv toxischen Wirkung des Hypophysentumors auf die gekreuzten Sehnervenbündel (bitemporale Hemianopsie) erwähnt.

Der vom Vortr. beobachtete Fall war kurz folgender:

Frl. M. B., von kräftigem Wuchs und blühendem Aussehen, war vom Vortr. 1894 (damals 18-jährig) wegen einer eigentümlichen, sehr hartnäckigen Keratitis (herpetica?) am linken Auge behandelt worden. Seitdem bestand links eine bandförmige Hornhauttrübung bei V = 0,6 (mit—Cyl. 3,0D 45° t.), das rechte Auge war gesund und hatte volle Sehschärfe (V = 1,0). Inbezug auf das Allgemeinbefinden ist zu notieren, dass Pat. niemals, auch späterhin nicht menstruierte. Seit 1902 stand sie wegen Schwerhörigkeit und Verlegung der Nase in Behandlung bei Dr. J. Hoehlein (s. u.). Im Februar 1903 bemerkte Pat. vorübergehende Sehstörung am rechten Auge mit Flimmern in der temporalen G. F.-Hälfte. Die Prüfung des Sehvermögens ergab aber normale Sehschwäche und gutes G. F. (allerdings nicht am Perimeter bestimmt!). In Er-

mangelung irgend welcher objektiver Veränderungen und bei normalem Spiegelbefund wurde diese vorübergehende Sehstörung als «Flimmerskotom» oder «Flimmermigraene» gedeutet. Zugleich fiel Vortr., der die Patientin jetzt nach 9 Jahren wiedersah, die ungeheure Veränderung ihres Gesichtes auf: Vergröberung des ganzen Gesichts, Vortreibung von Kinn und Nase, Verbreiterung des Nasenrückens und dadurch vergrösserter Abstand der Augenhöhlen, Verlängerung des ganzen Gesichtsschädels in vertikaler Richtung. Auch Hände und Füsse schienen gegen früher massiger geworden zu sein. Pat. bot durchaus das Bild einer Akromegalie, und machte im Vergleich zu ihrem frühen Wesen einen etwas stumpfen Eindruck. Im April wurde die Sehstörung am rechten (bis dahin besseren) Auge stationär, die Sehschärfe war plötzlich auf V 0,1 gesunken und verfiel in wenigen Tagen vollständig (V = 0), sodass in dieser Zeit eine perimetrische Aufnahme des G. F.'s leider nicht mehr möglich war. Die rechte Pupille reagierte nur noch consensuell, der ophthalmoskop. Befund war einstweilen negativ. Das linke Auge hatte die frühere Sehschärfe und normales G. F. Die Nase war jetzt ganz verlegt. Diagnose: retrobulbäre Neuritis (eventuell verursacht durch eine Erkrankung der Keilbeinhöhle?) oder Druck auf den rechten N. opticus durch eine vergrösserte Hypophyse bei Akromegalie? — Auf Wunsch der Angehörigen reiste Pat. zur Konsultation nach Berlin. Prof. Eulenburg meinte zuerst eine Akromegalie nicht konstatieren zu können, teilte aber bald danach mit, dass eine von Prof. Grunmach ausgeführte Röntgenaufnahme «eine auffällige Verbreiterung des Türkensattels — und darüber im Bilde einen wallnussgrossen Schatten» erkennen liesse, der auf eine mit der Hypophyse in Zusammenhang stehende Geschwulst zu beziehen wäre *). Damals wurde auch von Prof. Fraenkel ein etwa kirschgrosser Tumor aus dem Nasenrachenraum entfernt. Im Juli 1903 sah Vortr. Patientin wieder. Jetzt bot der Hintergrund des rechten Auges das ausgesprochene Bild der einfachen Sehnervenatrophie (descendierende Druckatrophie). Ein minimales Sehvermögen war aber wiedergekehrt. Pat. erkannte im nasalen G. F. Handbewegungen. Kaum merkliche direkte Pupillenreaktion. Linkes Auge unverändert. Geringer Exophthalmus beiderseits.

Dr. G. Voss bestätigte die Diagnose Akromegalie und übernahm von nun ab gemeinsam mit Vortr. die weitere Beobachtung. Therapeutisch wurden successive angewandt: Hypophysin, Jod, Arsen. Von allgemeinen Störungen bestanden in jener Zeit Kopfschmerzen und Taumel in wechselnder Intensität, manchmal auch Erbrechen, ferner Nasenbeschwerden. Fehlen des Geruchs- und Alteration des Geschmacksinnes. Im Dezember 1903 konstatierte Dr. J. Hoehlein einen Tumor des Nasenrachenraumes (s. u.). Vorübergehend klagte Pat. auch über Sehstörung am linken Auge, doch konnte immer wieder die frühere Sehschärfe (0,6 mit Cyl. Glas) und normales G. F. konstatiert werden. Ophthalmoskop. schien die linke Sehnervenpapille zu Zeiten leicht hyperaemisch (?), doch war auf diesem Auge infolge des Hornhautflecks das Bild überhaupt kein scharfes. Während des ganzen folgenden Jahres 1904 traten wesentliche Veränderungen nicht ein, doch nahm das akromegalische Aussehen noch zu und die geistigen Fähigkeiten sichtlich ab. Pat. wurde immer schwerfälliger, apathischer und kindischer und hatte ein auffallend geringes Krankheitsbewusstsein. Am 22. Dez. 1904 trat eine plötzliche Verschlimmerung des Allgemeinzustandes ein: heftiger Kopfschmerz, Erbrechen, besonders beim Aufrichten, Unfähigkeit sich zu bewegen, Apathie, Anurie etc. Dr. Michelson, der jetzt hinzugezogen wurde, bestätigte gleichfalls die Diagnose Akromegalie. Die genannten Erscheinungen nahmen während der folgenden Tage stetig zu und am 27. Dez. 1904 erfolgte bei voller Bewusstlosigkeit der Exitus letalis. Eine Obduktion wurde leider von den Angehörigen verweigert!

(Autoreferat).

Dr. J. Hoehlein: Bericht über den rhinoskopischen Befund der Patientin M. B.

November 1902 Klagen über seit 2 Monaten bestehende und allmählig zunehmende Verstopfung der Nase. 8 Monate vorher war von seiten der Nase u. des Nasenrachens nichts Abnormes zu konstatieren. Am 20. Nov. ergab die Rhinoskopie posterior fast vollständigen Verschluss der rechten Choane durch einen glatten Tumor von normaler Schleimhautfarbe, dessen Konturen verwischt waren. Die linke Choane war durch denselben Tumor in geringerem Grade verlegt. Consistenz des Tumors mittelderb. Am 12. Jan. 1903 wurde der Tumor mit dem Kirstein'schen Ringmesser in Angriff genommen, jedoch gelang es nicht den Tumor im Nasenrachenraum zu fassen; auch durch den unteren Nasengang liess sich nichts vom Tumor entfernen. Die zunehmende bis zu vollständigem Verschluss führende Verstopfung der Nase und die Entwickelung einer Atrophie des rechten Sehnerven erweckten allmählig den Verdacht, dass es sich um einen Tumor handele, der im hinteren Siebbein und möglicher Weise im vorderen Abschnitt der Keilbeinhöhle sitzt.

Wiederholte Extraktionsversuche des Tumors verschlimmerten die Sehnervenatrophie, wahrscheinlich durch beschleunigtes Wachstum des Tumors. Im April gelang es in Berlin ein kirschgrosses Stück des Tumors zu entfernen, es trat jedoch keine erhebliche Besserung ein.

Dezember 1903 war folgender Nasenbefund zu verzeichnen: Der Tumor füllt den oberen Abschnitt des Nasenrachenraumes aus, verlegt beide Choanen vollständig und wölbt sich, die Choanen ausweitend, in den hinteren Abschnitt beider Nasenhöhlen vor, so dass er bei der Rhinoskopia anterior als glatter, mässig derber Tumor von normaler Schleimhautfarbe mit starker Gefässentwickelung an der Oberfläche erscheint. Patientin starb den 28. Dez. 1604. Da eine Sektion verweigert wurde, so blieb es bei der oben ausgesprochenen Wahrscheinlichkeitsdiagnose.

(Autoreferat).

Diskussion:

Blessig zu H.: Ist es in diesem Falle überhaupt denkbar, dass der Hypophysistumor durch die Schädelbasis hindurchgewachsen und in den Rachenraum durchgebrochen ist.

Hoehlein: Diese Annahme muss ich als sehr unwahrscheinlich bezeichnen. Bei der ersten Untersuchung fand ich nur die Choanen durch die Geschwulst verletzt, im Rachenraum war noch nichts zu sehen. Dem rhinoskopischen Bilde nach zu urteilen, müsste der Tumor vom hinteren Siebbein ausgegangen und in der Richtung zum Keilbein hin sich entwickelt haben.

Michelson erkundigt sich, ob nicht eine mikroskopische Untersuchung des von Fränkel in Berlin entfernten Tumorstückes vorliege.

Blessig: Im Brief wird nur von adenoiden Vegetationen gesprochen.

Michelson: Das Bild, welches Pat. darbot, war jedenfalls für Akromegalie typisch.

Fick: Wäre es nicht denkbar, dass der Tumor ursprünglich im Nasenrachenraum entstanden ist, durch Wucherung in den Schädelraum eingedrungen, die Hypophysis ergriffen und dadurch Veranlassung zur Entwickelung der Akromegalie gewesen ist.

Heuking: Eine analoge Frage wollte ich auch stellen. Ist es ferner nicht bekannt, ob Tumoren der Keilbeinhöhle, welche in die Schädelhöhle durchbrechen, eine Akromegalie auch ohne Veränderungen der Hypophysis hervorrufen können?

Hoehlein: Der Ausgang der Geschwulst vom Rachendach ist unwahrscheinlich, weil bei der ersten Untersuchung daselbst kein abnormer Befund aufgenommen werden konnte. Der Entwicklungsgang berechtigt am meisten zu der Annahme, dass die Geschwulst von der hinteren Siebbeinfläche ausgegangen ist, oder allenfalls noch von den vorderen Abschnitten der Keilbeinhöhle; wäre dieselbe in den hinteren Abschnitten der Keilbeinhöhle entstanden, so wären unbedingt auch noch Erscheinungen auf anderen Nervengebieten zu beobachten, welche aber entschieden fehlten.

Blessig: Die chronologische Reihenfolge im Auftreten der verschiedenen Krankheitssymptome dürfte allerdings für die von H. vertretene Anschauung sprechen. Das Nasenleiden war das älteste, dann stellten sich Anzeichen von Akromegalie ein und zuletzt erst traten Sehstörungen in den Vordergrund. In der Meinung, dass eine Akromegalie nur durch einen primären Tumor der Hypophyse verursacht werden könne, glaubte ich eine primäre Erkrankung dieses Gehirnabschnittes zur Erklärung des Krankheitsbildes annehmen zu müssen. Es ist zuzugeben, dass dasselbe auch durch den von H. erwähnten Entwickelungsgang der Geschwulst eine genügende Erklärung finden könnte.

Auszug aus den Protokollen der medizinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung vom 5. Oktober 1905.

1. Im Anschluss an den am 21. September gehaltenen Vortrag von Meyer «Bemerkungen zur Therapie der Endometritis» fragt Truhart, ob die Kollegen Erfahrungen besässen über die Wirkung des Gonosan bei der Gonorrhöe der weiblichen Genitalorgane. Truhart selbst

*) In einem vom Vortr. nachträglich erhaltenen Briefe äussert Prof. Eulenburg sich wie folgt: «Es handelte sich bei Frl. B. zweifellos um einen der Sella turcica aufsitzenden Tumor, wofür einerseits die Symptome, andrerseits der röntgographische Befund eines abnormen Schattenringes über der S. t. deutlich genug sprechen».

hat bei der Gonorrhöe der männlichen Urethra mit Gonosan gute Erfolge zu verzeichnen gehabt.

Terrepson: Eine Blutwirkung entsteht nicht durch den Gebrauch des Gonosan, daher kann eine Einwirkung auf den gonorrhoisch affizierten Uterus nicht stattfinden.

Ströhmberg: Die weibliche Harnröhre ist so kurz und weit, dass sie einer Lokalbehandlung leicht zugänglich ist, daher ist das Gonosan bei der weiblichen Gonorrhöe entbehrlich.

Terrepson: Da die weibliche Urethra erst sekundär erkrankt an der Gonorrhöe, so ist eine Gonosanbehandlung nicht am Platze, obgleich dieses Mittel sonst eine gute sekretionshemmende und schmerzstillende Wirkung besitzt.

2) Der von Prof. Zoege v. Manteuffel angekündigte Vortrag: «Allgemeines über Schussverletzungen während des russisch-japanischen Krieges» kann wegen plötzlicher Abreise des Referenten nicht gehalten werden.

3) Meyer referiert über seine Beobachtungen und Eindrücke, die er auf einer Orientreise in Odessa und Konstantinopel von einigen Heilanstalten und Hospitälern gehabt hat. Nachdem Vortragender zuerst die Limane Odessas mit der dortigen grossen Krons-Schlammbadeanstalt geschildert hat, geht er über auf die Beschreibung des Konstantinopoler Hospitales «Haidar Pascha» und die daselbst geübte Art und Weise der Ausbildung der türkischen Aerzte. Ferner beschreibt Ref. die Einrichtung im Gülhané-Hospital und im russischen Hospital zu Stambul.

Für den Vorsitzenden: Th. Lakschewitz.
Sekretär: A. Lezius.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau.

Sitzung vom 5. Mai 1905.

1. Ischreyt demonstriert einen Fall von Frühjahrskatarrh (Saemisch), der bei der grossen Seltenheit des Leidens in Russland — in der Literatur findet sich erst eine geringe Anzahl — allgemeineres Interesse verdient. Die Krankheit begann bei dem jetzt 21jährigen Patienten vor ungefähr 1½ Jahren unter dem Bilde eines Trachoms, indem sich in den Ecken der oberen Uebergangsfalten Follikel zeigten. Den Winter über waren die Augen gut, im Mai des folgenden Jahres trat eine Verschlimmerung ein und es fanden sich jetzt charakteristische pflastersteinartige Wucherungen am oberen Tarsalrand, sowie eine milchige Verfärbung der Konjunktiva. Die Conj. bulbi ist normal. Eine Excision des oberen Tarsalrandes mit der angrenzenden Konjunktiva hat nur eine vorübergehende Besserung hervorgerufen. Augenblicklich ist der Rest beider oberen Tarsi mit Excrescenzen bedeckt. Die mikroskop. Untersuchung der excidierten Gewebe bestätigte die Diagnose.

2. Prissmann eröffnet die auf der Tagesordnung stehende Debatte über die Choleragefahr mit einem Hinweis auf die Aktualität der Frage. Es äussern sich hierzu verschiedene mit der Fabrikpraxis betraute Kollegen.

Christiani erwähnt einer von den Fabriksverwaltungen ausgehenden Bestimmung, wonach die Fabriken mit artesischen Brunnen zu versehen seien. Seiner Ansicht nach müsste überall für gekochtes Wasser gesorgt werden, da die Brunnen nicht vor Verunreinigungen sicher seien.

Nach Siebert zeigt die Hafenverwaltung viel Verständnis, indem sie für eine genügende Anzahl von Abtritten und artesischen Brunnen Sorge trage. Bei der grossen Ausdehnung des Hafens musste auf die Lieferung gekochten Wassers verzichtet werden. Prissmann spricht sich für eine oftmalige Untersuchung der artesischen Brunnen aus. Ferner weist er auf die behördliche verlangte Einrichtung von leicht desinfizierbaren Isolierräumen hin, die zur zeitweiligen Aufnahme der Erkrankten dienen sollen. Goldberg teilt mit, dass im städtischen Krankenhause eine Cholerabaracke bereits eröffnet sei und im Bedarffalle noch eine zweite hinzukommen würde. Für die Behandlung der Cholerakranken werde ein eigner Arzt angestellt werden. Ein Apparat zum Verbrennen der Exkremente sei bereits angeschafft worden. Siebert weist auf die schlechten hygieinischen Verhältnisse Libaus hin. Nachdem sich die bisherige Einrichtung als unhaltbar erwiesen hat, wird jetzt zur Anlage neuer Abfuhrplätze geschritten. Die im Libau'schen See gelegene Pferdeinsel wird mit dem Ufer in der Nähe des Güterbahnhofs durch einen Damm verbunden und auf der Insel werden ausgemauerte Gruben angelegt werden.

Siebert hofft, dass die Stadt die Abfuhr selbst übernehmen werde. Christiani wirft die Frage auf, ob die Fäkalien nicht auf irgend eine Weise ins Meer hinaus geschafft werden könnten. Goldberg teilt darauf hin mit, dass die Kanalisation des Kriegshafens weit ins Meer ausmünde. — Die Debatte wurde mit einer Erörterung der therapeutischen Massnahmen beschlossen.

Präses: Prissmann.
Sekretär: Ischreyt.

Zur Hilfeleistung für notleidende baltische Kollegen.

Die livländische Abteilung des ärztlichen Vereines zu gegenseitiger Hilfe beehrt sich hierdurch mit wärmstem Dank über folgende hochherzige Spenden zum Besten der notleidenden baltischen Aerzte zu quittieren: Vom Revaler ärztlichen Verein zu gegenseitiger Hilfe 500 Rbl., von den St. Petersburger Kollegen (durch die Redaktion der St. Pet. med. Wochenschrift) 505 Rbl., von Dr. M. — Helmet 25 Rbl., von Dr. H. — Rappin 5 Rbl., Frau Dr. S. 5 Rbl., K. U. 10 Rbl., H. H. 5 Rbl., Dr. med. K. D. 30 Rbl., Dr. W. — Gross Roop 5 Rbl., DDr. O., H., R. und A. — Wolmar 12 Rbl.

Die nachgenannten Glieder des Vorstandes, alle in Dorpat wohnhaft, sind gerne bereit weitere Beiträge entgegenzunehmen.

Dr. H. Truhart, Wallgraben 17.
Prof. Dr. L. Kessler, Rüterstr. 1.
Dr. Ch. Ströhmberg, Carlowastr. 6
Dr. K. Pfaff, Johannisstr. 1.
d. z. Kassierer Dr. A. Lezius, Rigasche Str. 35.

Dorpat, den 26. Februar 1906.

Berichtigungen.

In Nr. 8, S. 79, Spalte 2 ist im 2. Nekrologe der Name des Hingeschiedenen: «Dr. Alexander Limberg» durch ein Versehen ausgelassen.

In Nr. 8, S. 80, Spalte II, Zeile 5 von oben soll es heissen: Injektion.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der bekannte Kliniker Prof. Dr. Friedrich Mosler, ehemaliger langjähriger Leiter der medizinischen Klinik der Universität Greifswald, vollendete am 8. März n. St. sein 75. Lebensjahr.

— Der Direktor des Strassburger pathologischen Instituts Prof. Dr. F. v. Recklinghausen, der seit Gründung der reichsländischen Universität dort die Professur der pathologischen Anatomie inne hat, tritt mit Schluss dieses Semesters in den Ruhestand. Prof. v. Recklinghausen steht bereits im 73. Lebensjahre.

— In der Jahresversammlung der Gesellschaft der Kinderärzte in St. Petersburg ist der bisherige Präses der Gesellschaft Privatdozent Dr. Alexander Russow wiedergewählt worden. Neugewählt wurden: Dr. Ed. Heuking — zum Vizepräses, die DDr. Konuches und Gerassimowitsch — zu Sekretären und Dr. K. Schoene zum Kassierer. (R. Wr.)

— Dem Direktor der von Kaiser Alexander III. i. J. 1870 gegründeten Irrenanstalt (in Udelnaja bei St. Petersburg), Ehrenleibmedikus Dr. Alexander Timofejew, ist der St. Wladimirorden III. Klasse verliehen worden.

— Zum Oberarzt der Woroneshschen Nikolai-Gemeinschaft barmherziger Schwestern, sowie des der Gemeinschaft gehöri-

gen Krankenhauses ist der bisherige Landschaftsarzt des Schatzkischen Kreises Dr. Meleschin ernannt worden.

— Der König von Spanien hat den Prinzen Dr. Ludwig Ferdinand von Bayern, der bekanntlich Arzt ist, zum Ehren-Sanitätsinspektor der spanischen Armee, mit dem Range eines Generalarztes, ernannt.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 20. Februar im hiesigen Peter-Paulhospital der Rektor der Kasanschen Universität, Prof. emer. Dr. Nikolai Ljubimow, an Pneumonie im 54. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war in Ufa geboren und hatte seine medizinische Ausbildung an der Universität Kasan erhalten. Nach Absolvierung seiner Studien i. J. 1875, wurde er als Gehülfe des Prosektors bei der Universität belassen und widmete sich ganz dem Studium der Pathologie. Behufs weiterer Vervollkommnung studierte er später an ausländischen Universitäten und habilitierte sich sodann als Privatdozent in Kasan, wo er nach dem Tode des Prof. A. W. Petrow den Lehrstuhl der pathologischen Anatomie erhielt, den er bis zu seinem Tode inne hatte. Der Verstorbene gehörte zu den hervorragendsten russischen Pathologen; aus seinem Laboratorium sind eine grosse Zahl beachtenswerter Arbeiten von ihm selbst und von seinen Schülern hervorgegangen. Unter seinen Kollegen, wie auch unter den Studenten, erfreute sich Prof. Ljubimow allgemeiner Achtung und Liebe. Bei der Einführung der Autonomie in den Universitäten wurde er daher zum Rektor gewählt. In dieser Eigenschaft war er auch nach Petersburg gekommen, um an der Kommission zur Beratung des neuen Universitätsstatuts teilzunehmen. 2) In Warschau der Divisionsarzt der 6. ostsibirischen Schützendivision Dr. Johann Schlieps im Alter von 53 Jahren gleich nach seiner Rückkehr aus dem Fernen Osten. Der Verstorbene hat an drei Feldzügen als Militärarzt teilgenommen: im Jahre 1878 (gleich nach Beendigung seiner Studien) am russisch-türkischen Feldzuge, dann am chinesischen und zuletzt am russisch-japanischen Kriege. Nach dem türkischen Feldzuge war er freipraktizierender Arzt in seiner Vaterstadt Wilna und trat erst wieder im Jahre 1887 in den Militär-Medizinaldienst. 3) Am 25. Februar in St. Petersburg der Konsultant an den Anstalten der Kaiserin Maria, Dr. Nikolai Tscherepnin, im 66. Lebensjahre. In St. Petersburg geboren und erzogen, studierte Tscherepnin zuerst Naturwissenschaften an der Petersburger Universität, dann Medizin an der mediko-chirurgischen Akademie, an welcher er 1866 den Arztgrad und zwei Jahre später die Doktorwürde erlangte. Seine ärztliche Tätigkeit begann er an einem hiesigen Stadthospital und war dann Konsultant der Anstalten der Kaiserin Maria für Hautkrankheiten und Arzt der Kanzellei des Ministeriums der Reichsdomänen. Der Hingeschiedene ist auch vielfach literärisch tätig gewesen: ausser zahlreichen populärer-medizinischen Artikeln in verschiedenen Journälen und Zeitungen, seien von seinen grösseren Arbeiten hier noch seine Uebersetzung (im Verein mit Dr. Schulgin) des Neumann'schen «Handbuchs der Hautkrankheiten» und seine «Unterhaltungen eines Arztes über Infektionskrankheiten» erwähnt. Von ihm wurde auch das Projekt einer medizinischen Hülfs- und Sparkasse ausgearbeitet. 4) In Warschau der freipraktizierende Arzt Kalixtus Pawlowski im 73. Lebensjahre nach fast 45-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 5) In Paris im Alter von 80 Jahren der dortige Arzt Dr. Crane, der mit dem Zahnarzte Evans im Jahre 1870 die Flucht der Kaiserin Eugenie aus den Tuilerien ins Werk setzte.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Der stellv. ausserordentliche Professor der Pharmazie an der Odessaer Universität, Mag. pharm. Blauberg, ist zum stellv. ordentlichen Professor ernannt worden.

— Den ersten Lehrstuhl für soziale Medizin wird in Bonn Prof. Dr. Rumpf (früher in Hamburg), den zweiten in Berlin Prof. Dr. Kirchner, der auch Vorlesungen über Hygiene hält, einnehmen. Als Vortragsthemata sind, ausser der Einführung in die Kranken-, Invaliden- und Altersversicherungsgesetzgebung, die Wohnungshygiene, Einrichtung von Arbeitshäusern, Heil- und Heimstätten, Anlage von Krankenhäusern in Aussicht genommen.

— Prof. Dr. Schmorl, Prosektor am Stadtkrankenhause in Dresden, hat — der «Münch. med. Wochenschrift» zufolge — die Berufung zum Nachfolger des verst. Prof. Ziegler auf dem Lehrstuhl der pathologischen Anatomie an der Universität Freiburg i. Br. abgelehnt.

— An der militär-medizinischen Akademie sind in der letzten Februarwoche 17 Aerzte nach Verteidigung ihrer Dissertationen zu Doktoren der Medizin promoviert worden.

— Die Kliniken der Moskauer Universität haben, wie verlautet, gegenwärtig mit finanziellen Schwierigkeiten zu kämpfen. Da das Sommersemester vor der Tür steht, werden Patienten nur ungern aufgenommen und einige Kliniken, darunter die für Nervenkranke, sollen die Gesuche um Aufnahme in die allgemeinen Abteilungen bereits abschlägig beschieden haben.

Standesangelegenheiten.

— Die Konflikte zwischen dem medizinischen Personal und dem Landschaftsamte des Moskauer Kreises nehmen immer grössere Dimensionen an. So hat das ganze medizinische Personal des Landschaftskrankenhauses in Ismailowo, bestehend aus 2 Aerzten, 3 Feldscherinnen und 2 Hebammen, sein Abschiedsgesuch eingereicht. Ebenso haben die beiden Aerzte, die Feldscherin und 3 Hebammen des Landschaftskrankenhauses im Kirchdorfe Schablowo, sowie das med. Personal des Krankenhauses im Dorfe Sucharewo ihren Dienst gekündigt. Auch in anderen Kreisen des Moskauer Gouvernements, in Kolomna, in Kraskowo, in Mytischtschi ist das med. Personal ihrem Beispiele gefolgt. Im Dmitrowschen Kreise sind sämtliche zwölf Landschaftsärzte um ihren Abschied eingekommen. Vom Gouverneur ist infolge dessen den Landschaftsämtern des Moskauer Gouvernements die strenge Weisung zugegangen, die durch die kollektive Kündigung des medizinischen Personals vakant gewordenen Stellen sofort zu besetzen und ihm ein Verzeichnis aller derjenigen Personen, die den Dienst verlassen haben, vorzustellen. Ausserdem hat der Gouverneur angeordnet, die bereits früher verhafteten Landschaftsärzte des Moskauer Gouvernements E. Petscherkin, Butkewitsch, K. Russanow, G. Rostowzew und die Aerztin Efron aus dem Dienst zu entlassen.

— Verhaftet sind in letzter Zeit wegen politischer Umtriebe: in Jalta der ältere Sanitätsarzt P. Rosanow und der freipraktizierende Arzt W. Ssaltykowski; in Nikolajew der Oberarzt des Stadthospitals L. Smirnow, der ins Jakutengebiet verschickt werden soll; in Woronesh Dr. Ispolatow.

— Der auf Anordnung der Administrativbehörde verhaftete Landschaftsarzt Lebedew ist am Flecktyphus im Hospital gestorben.

— In Wilna ist der Militärarzt W. Dunkel, der sich geweigert hatte, bei der Vollziehung der Todesstrafe an dem Mörder Korotki im Hofe des Gefängnisses zugegen zu sein, in 24 Stunden aus dem Dienst entlassen worden. (Nischegorod. List. — R. Wr.)

— Wie aus Batum telegraphisch berichtet wird, müssen laut Anordnung des Generalgouverneurs sämtliche Aerzte sowie Krankenhausverwalter der Polizei über alle Personen Meldung erstatten, welche Hilfe wegen Schuss- oder Stichwunden beanspruchen. Zuwiderhandelnde haben 3000 Rbl. Strafe zu zahlen oder 3 Monate Arrest zu verbüssen.

— Aerztliche Versuche an lebenden Menschen. Ueber dieses Thema hat in der Generalversammlung der Wiener Juristischen Gesellschaft der Hof- und Gerichtsadvokat Doktor der Medizin und der Rechte Artur Edler v. Gschmeidler einen interessanten Vortrag gehalten. Man kann nach der Meinung des Redners nicht einfach sagen, dass jeder ärztliche Versuch unstatthaft sei. Der Arzt muss vor allem Krankheiten verhüten, erkennen und heilen, zu welchen Zwecken er jedoch oft Eingriffe machen muss, die unter Umständen als Versuche bezeichnet werden müssen. Wo das Erlaubte aufhört, lässt sich nicht allgemein sagen, sondern muss in jedem Falle besonders bestimmt werden. Eine Entnahme von einem Blutstropfen zur mikroskopischen Untersuchung wird niemand strafbar finden, wohl aber die Entnahme grösserer Blutmengen; dennoch kann der Arzt durch die Umstände auch zu einem derartigen Eingriffe gezwungen sein. An zahlreichen Fällen wies der Redner nach, dass auch die Maxime unhaltbar sei, dass der Arzt zu jedem Versuche berechtigt sei, wenn er dazu die Einwilligung des Patienten besitze. Der praktische Arzt würde zum Beispiel seinem Patienten jedes Vertrauen rauben, wenn er ihm vor Anwendung eines neuen Heilmittels erst eine lange Vorlesung über dasselbe halten wollte. Es wird aber gewisse Experimente geben, die der Arzt auch nicht vornehmen darf, selbst wenn ihm der betreffende Kranke dazu die Erlaubnis gegeben hat. Wie sehr läge es aber mit der Heilkunde im argen, wenn die

Aerzte nicht den Mut besässen, Versuche vorzunehmen. Musste nicht das Diphtherieserum, das heute unzähligen Kindern das Leben rettet, erst am Patienten erprobt werden, musste nicht Billroth auch «zum erstenmale» an einem Kranken die Magenresektion wagen? Und wie sollte ein Arzt die «Einwilligung des Patienten» einholen, wenn er sich einem Bewusstlosen gegenübersieht, dessen Zustand rasches Handeln heischt? — Folglich muss der Aerztepflicht auch ein Aerzterecht gegenüberstehen. Eine Revision der Gesetze wird daher eine Grenze des Erlaubten statuieren müssen, und wohl auch von der Erlaubnis von seiten des Patienten in jenen Fällen Umgang nehmen, in denen der ärztliche Eingriff zu Zwecken der Diagnose und Therapie notwendig oder durch dringende Not geboten ist. Eine Verantwortlichkeit des Arztes sollte nur bestehen, wenn er die Regeln absichtlich oder in grober Fahrlässigkeit übertreten hat. Dies aber wäre durch einen ärztlichen Beirat des Richters festzustellen.

Verschiedene Mitteilungen.

— Der diesjährige deutsche Chirurgenkongress wird unter dem Vorsitz des Berliner Chirurgen Prof. Dr. Werner Körte vom 4.—7. April n. St. in Berlin stattfinden. Als Hauptverhandlungsgegenstände sind auf die Tagesordnung gesetzt: 1) Kriegschirurgische Fragen nach den Erfahrungen im russisch-japanischen Kriege. 2) Ueber die chirurgische Behandlung der Magengeschwüre. 3) Ueber die weitere Entwickelung der Operation hochsitzender Mastdarmkrebse und 4) Meinungsaustausch über die Bier'sche Stauungsbehandlung bei frischen Entzündungen.

— Das Komitee zur Sammlung von Spenden zur Ehrung des Andenkens an Finsen hat einstimmig beschlossen, aus den gesammelten Spenden 50,000 Kronen zur Erweiterung des Finsenschen Instituts und 35,000 Kronen zur Errichtung eines Denkmals für den berühmten Forscher zu verwenden.

— Die Schenkungen für das Institut experimenteller Krebsforschung in Heidelberg übersteigen schon die Summe von 680,000 Mark.

— Die Errichtung eines deutschen Sanatoriums auf Madeira scheint jetzt gesichert zu sein. Wie aus Lissabon gemeldet wird, ist die Angelegenheit zwischen Portugal und Deutschland wegen der dem Prinzen Friedrich Karl zu Hohenlohe-Oettingen erteilten Konzession zur Errichtung eines Sanatoriums auf Madeira soweit gediehen, dass ein Abkommen demnächst zu erwarten steht. Der Sachverwalter der Konzessionäre ist nach Berlin gereist, nachdem er eine Konferenz mit dem Minister des Auswärtigen gehabt hatte.

— Ueber das Antituberkulose-Serum Marmorek äussert in der «Berliner Klinischen Wochenschrift» Professor Dr. A. Hoffa-Berlin, nachdem er seine Erfahrungen darüber mitgeteilt, zum Schluss seiner Darlegungen folgendes: «Es scheint mir noch nicht an der Zeit, ein abschliessendes Urteil über genaue Anwendungsformen und den Heilwert des Serums zu fällen, wohl aber möchte ich anregen, diesem scheinbar doch wertvollen Hilfsmittel in der Schwindsuchtsbehandlung mehr Aufmerksamkeit zu schenken, als es bisher, trotz zahlreicher zum Teil recht günstiger Veröffentlichungen, der Fall zu sein scheint».

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 18. Febr. d. J. 11725 (412 mehr als in der Vorwoche), darunter 1075 Typhus — (37 mehr), 1223 Syphilis — (129 mehr), 420 Scharlach — (5 wen.), 175 Diphtherie — (15 wen.), 75 Masern — (6 mehr), und 20 Pockenkranke — (0 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche von 12. bis zum 18. Febr. d. J. im ganzen 951 (531 M., 420 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 1, Typhus abdom. 26, Febris recurrens 5, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 40, Scharlach 46, Diphtherie 23, Croup 0, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 25, Erysipelas 11, Grippe 6, Katarrhalische Lungenentzündung 84, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberkulose der Lungen 112, Tuberkulose anderer Organe 23, Alkoholismus und Dilirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 59, Marasmus senilis 35, Krankheiten des Verdauungskanals 111, Totgeborene 45.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, den 7. März 1906.

Tagesordnung: Petersen: Ueber Prof. Neissers Syphilis-Impfungen an Affen.
Schmidt: Helminthologisches.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag d. 13. März 1906.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege** (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Zum Zweck der jährlich stattfindenden Kontrolle der Adressen der in der Liste der «St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift» verzeichneten Krankenpflegerinnen ersuchen wir Diese hiermit der Redaktion Ihre jetzigen Adressen mitzuteilen.

Die Redaktion
der „St. Petersburger Med. Wochenschrift“.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

Heil- u. Pflegeanstalt in Stackeln: Wirtschaftsgebäude VII



XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift“ erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

☛ Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate ☚ bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. E. Blessig in St. Petb., W. O., 4 Linie, 5 zu richten. Sprechstunden tägl. ausser Mittwoch u. Sonntag v. 4—6 U. Telephon 20557.

№ 10 St. Petersburg, den 11. (24. März). 1906.

Balneotherapie bei Cor adiposum (Fettherz).

(Vortrag, gehalten auf der 77. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Meran, im September 1905).

Von

Dr. Maurus Fisch — (Wien-Franzensbad).

Meine Herren! „Allgemeine therapeutische Gesichtspunkte hat es zu verschiedenen Zeiten sehr verschiedene gegeben“ — sagt Hoffmann in seinen Vorlesungen über allgemeine Therapie — „und sie werden immer wieder sich verändern, sie sind abhängig von der Summe unserer Kenntnisse auf dem Gebiete der Anatomie, der Physiologie und Therapie, ja auf dem Gebiete der gesamten Naturwissenschaften“.

Nirgends aber hat dieser Satz so vollkommene Richtigkeit, als gerade in der Therapie beim „Fettherz“, unter welchem Namen man gewöhnlich zwei Zustände bezeichnet wissen will: Der eine Zustand ist derjenige, auf welchen nach v. Leyden der Ausdruck „Fettherz“ allein zu beschränken wäre und den Kisch mit der Bezeichnung „Mastfettherz“ unterscheidet. Derselbe wird durch massige Zunahme des normal am Herzen abgelagerten, besonders subperikardialen Fettgewebes, durch Wucherung des letzteren in die Herzmuskulatur „endlich durch konsekutive Degeneration des Myokardiums veranlasst und besteht somit kurz gesagt in einer Fettumlagerung, Fettumwachsung des Herzens und deren Folgeerscheinungen. Dieser Zustand ist meist eine Teilerscheinung allgemeiner hochgradiger Fettleibigkeit; das Herz selbst ist dabei entweder ganz normal oder zugleich hypertrophiert oder dilatiert; zuweilen sind als Begleiterscheinungen gleichzeitig Sklerose der Koronararterien und myokarditische Schwielen vorhanden.

Von dieser „Polysarcia cordis“ wird ein zweiter Zustand unterschieden und scharf abgegrenzt, nämlich die fettige Degeneration des Herzmuskels. Dieser Zustand hat mit einer Polysarcia, mit einer Anhäufung von überschüssigem Ernährungsmaterial und allgemeiner Fettsucht nichts zu tun, sondern ist nur der Ausdruck von fettiger Entartung der Muskelfibrillen des Herzens, die mit kleinen Fetttröpfchen und bisweilen sogar auch mit Albuminkörnchen (albuminöse Trübung des Herzmuskels) ganz durchsetzt sind, so sehr, dass dadurch im mikroskopischen Bilde die Kerne und Querstreifung der Fasern ganz verdeckt sein können. Als Ursachen dieses Zustandes kommen in erster Reihe in Betracht: Klappenfehler des Herzens, Myokarditis und idiopathische Hypertrophien des Herzens, sekundäre Hypertrophien des Herzens nach chronischer Nephritis und Lungenemphysem; ferner gleichzeitige fettige Degeneration anderer Organe bei schweren Infektionskrankheiten, bei der Phosphorvergiftung und bei allen hochgradigen primären und sekundären Anämien. Bei der fettigen Degeneration des Herzens entsteht das Fett wahrscheinlich infolge einer mangelhaften Sauerstoffzufuhr (Anämie, Phosphorvergiftung), oder infolge einer lokalen (inkompensierter Herzfehler) Ursache durch Zerfall von Eiweiss in den Muskelzellen selbst.

Was die symptomatischen Erscheinungen beim Fettherz betrifft, so lassen sich dieselben nach v. Leyden und nach der Mehrzahl der klinischen Beobachter eigentlich in drei Arten von Herzerkrankungen, welche mit Polysarcia im Zusammenhange stehen, unterscheiden. Die erste und leichteste Art zeigt bei mehr oder minder reichlicher Fettumlagerung ein völlig intaktes Herz; die Grösse und Form des Herzens ist eine normale, ebenso wie die histologische Beschaffenheit und kann bei durch andere Ursachen erfolgtem Tode als Nebenbefund bei der Sektion erkannt werden, als s. g. latentes Fettherz nach v. Eichhorst.

Die zweite Art umschliest diejenigen Fälle, wo zwar auch keine auffälligen Störungen vorauszugehen pflegen, wo der Herzmuskel höchstens (intra vitam) Zeichen von Dilatation und verminderter Resistenzfähigkeit darbietet, so, dass es mitunter zu spontaner Herzruptur kommen kann, wie namentlich in Fällen, in denen neben reichlicher Fettablagerung noch andere

Krankheitszustände des Herzens, wie Herzerkrankungen mit Kompensationsstörungen und hydropischen Zuständen, wobei der Herzmuskel gerade keine Stigmata der fettigen Degeneration zeigen muss, jedoch beim Zerzupfen sich als sehr matsch, weich, schlaff und leicht zerreisslich erweisen kann. Selbstverständlich ist es, dass diese Erschlaffung des Herzmuskels und die hierdurch bedingten unvollkommenen Kontraktionen desselben in der Tat schon während des Lebens diagnostisch oft zu konstatieren möglich sind.

Die dritte Art, oft mit den qualvollsten Zuständen für den Kranken, — die v. Leyden zwar nicht als wahres „Fettherz" gelten lassen will, die aber dennoch hieher angereiht werden müssen, — umfasst jene Fälle, in welchen der Herzmuskel vorübergehend oder dauernd nicht mehr imstande ist, seiner Arbeit gerecht zu werden, so dass es zur funktionellen Schwächung desselben, zur s. g. Insuffizienz der Herzkraft kommen muss, die wiederum eine allgemeine Zirkulationsstörung, nicht selten aber auch ohne dieselbe den Exitus letalis durch Herzlähmung zur Folge haben kann. Namentlich zeigt sich diese Art von Herzbeschwerden bei fettleibigen Individuen mit sklerotischen Erkrankungen, in anderen Fällen wiederum bei Individuen mit blasser oder blassgelblicher Gesichtsfarbe, insbesonders an den Wangen, dicht unter den Augen und nahe der Naso-Labialfalte, ferner mit Arcus senilis (Gerontoxon) der Cornea bei Personen, die nebst einem Uebermass an Ernährung noch dem Alkoholabusus (Biertrinker) ergeben sind und dabei einer mehr oder minder vollkommenen Abstinenz der Bewegung verfallen. Nicht allzu selten setzen die Symptome von Insuffizienz der Herzkraft ganz plötzlich nach einer kräftigen körperlichen Anstrengung, nach psychischen Aufregungen oder schweren Erkrankungen ein, welche schon an sich eine Schwäche des Herzens bedingen und erhebliche Ansprüche an die Herzkraft stellen.

Der Krankheitsverlauf bei „Fettherz" wird sich je nach der stärkeren Fettwucherung im ganzen Körper, je nach der Steigerung der Wiederstände (Ausdehnung des Unterleibes durch Fettmassen, Hochstand des Zwerchfelles, Einengung des Brustraumes, Vermehrung des Blutquantums) und je nach den Veränderungen am Herzmuskel, die die Herzkraft beeinträchtigt und zu Zirkulationsstörungen geführt haben, — durch mehr oder minder gesteigerte Beschwerden äussern. Erscheinungen von Herzmuskelinsuffizienz machen sich schon nach verhältnissmässig geringer Bewegung, besonders aber nach Treppensteigen, nach jeglicher Anstrengung und Erregungen durch excessiv geringe Füllung des arteriellen Systemes und durch abnorme Ueberfüllung der Venen (Varices an den unteren Extremitäten, Phlebektasien an den Mastdarmvenen), bemerkbar. Am Herzen selbst fällt meist Schwäche oder Mangel des Spitzenstosses und eines diffusen Herzstosses auf. Die Perkussion und Feststellung der Herzgrenzen ergibt nicht selten Verbreiterung der Herzdämpfung, weil der schlaffe und welke Muskel zu Dilatation seiner Höhlen ganz besonders disponibel ist. Die Herztöne zeichnen sich meistens durch sehr geringe Intensität aus, doch als bezeichnend ist das systolische Geräusch an Stelle des ersten Ventrikeltones hervorzuheben, welches manche Autoren auf Verfettung der Papillarmuskeln und auf die hierdurch bedingte Schlussunfähigkeit der venösen Ostien beziehen; v. Eichhorst dagegen meint, dass es sich hier um vorzeitige Schwingungen des Herzmuskels selbst bei der systolischen Kontraktion der Kammern handelt. Nicht allzu selten bekommt man Spaltung resp. Verdopplung der Herztöne, oder s. g. Galopprhythmus zu hören, welch auskultatorisches Phänomen auf ungleichzeitigen Schluss der beiderseitigen Klappensysteme zurückgeführt werden dürfte und beim „Fettherz" doch mehr Beachtung verdient, als man anfangs vermutete. Ich selbst konnte dieses Phänomen sehr häufig bei gutem subjektivem und objektivem Befinden der Patienten schwinden und bei ungünstigem Befinden wiederkehren konstatieren. Des weiteren kann man gar häufig an den Halsvenen negativen Venenpuls wahrnehmen. Der Radialpuls ist meist durch die bereits hervorgehobene abnorme geringe Füllung nur schwach fühlbar und leicht unterdrückbar und entspricht dem von Kisch hierfür direkt bezeichneten Pulsus tardus. Die ebenfalls von Kisch beobachtete Intermittenz der Herzbewegung (mit dem Pulsus intermittens) gehört zu den Seltenheiten. Dagegen ist die Neigung zu arhythmischer Herztätigkeit mit irregulärem Pulse namentlich bei jugendlichen Individuen, sowie bei Lipomatösen im mittleren Lebensalter eine gar häufig zu beobachtende Erscheinung. Insbesonders der bei Delirium cordis (nach Bouillard) auftretenden totalen Pulsirregularität misst Kisch eine sehr ernste Bedeutung bei, da er dieselbe als ein wichtiges Zeichen der recht vorgeschrittenen fettigen Myodegeneration des Herzens betrachtet, die leicht zum Exitus letalis führen kann. Sehr häufig treten Anfälle von Tachykardie auf sowohl spontan als auch nach unbedeutenden, körperlichen oder geistigen Erregungen oder auch nach toxischen Einwirkungen, hervorgerufen durch Diätfehler. Dieselben können mit brennend-bohrendem Schmerzgefühl in der Herzgegend verbunden sein, wobei letzterer nicht selten peripherwärts ausstrahlt und dann fast regelmässig den linken Arm befällt und somit ganz das Bild einer Angina pectoris vortäuscht. Auch werden in manchen Fällen kleiner Puls, reichlicher Schweissausbruch und Erniedrigung der Körpertemperatur beobachtet, so dass dann der Verdacht auf fettige Myodegeneration des Herzens immer mehr gerechtfertigt erscheint. Die gewöhnlich damit einhergehende starke Atemnot kann hierdurch einem asthmatischen Anfalle auch täuschend ähnlich werden, so dass wir die wirkliche Dyspnoe, mit Stauungserscheinungen in den Lungen, den quälenden Husten, mit dünnflüssigem, schaumig-blutig tingiertem Sputum, cyanotischer Verfärbung des Gesichtes, kaltem Schweisse auf Gesicht und Brust, hochgradiger Angst und Beklommenheit, als s. g. kardiales Asthma auffassen müssen.

Die in den Lehrbüchern und von den meisten Autoren als äusserst selten hingestellten, namentlich von Stokes beobachteten drei Kardinalsymptome: des „Fettherzens": die Bradykardie, ein kontinuirlich mässig verlangsamter (dabei regelmässiger) Puls, bis 60 Schläge in der Minute, ohne wesentliche Herzbeschwerden; pseudoapoplektische Anfälle und Cheyne-Stokes'sche Atmung fallen ebenfalls in das Bereich unseres Symptomenkomplexes.

Wie somit aus dem Vorhergeschilderten ersichtlich ist, dürfte es auch leicht begreiflich sein, dass bei einem solch grossen Symptomenkomplexe, — der ebenso gut auch bei verschiedenen anderen Krankheitsformen vorherrschen kann, — die Diagnose auf Fettherz sich nur im Rahmen der Wahrscheinlichkeit bewegen wird können, ja, wie Eichhorst in seinem Lehrbuche ganz treffend bemerkt, ist man bei der Diagnosestellung mitunter einzig und allein auf die Erhebung der Anamnese und Aetiologie neben bestehenden Zeichen von allgemeiner Fettsucht angewiesen.

Dieser Auffassung entsprechend, ist es auch begreiflich, dass sehr viele Autoren heute noch bei Diagnose auf „Fettherz" meist eine ungünstige Prognose stellen, da man ja vielfach den Kranken in so spätem Stadium

in Behandlung zu bekommen pflegt, dass eine eingreifende Kur demnach weder rätlich, noch nachhaltigen Erfolg zu versprechen scheint.

Wenn ich es aber trotzdem wage, vor Sie, Meine Herren, in etwas optimistischerem Sinne mit einer Behandlungsmethode hinzutreten, die ihre, vorwiegend aus der Balneotherapie entnommenen Massnahmen aber denn doch nur auf eine exakte und wissenschaftlich begründete Diagnosestellung in Anwendung zieht, so handle ich dabei in dem Bewusstsein, dass es der modernen Balneotherapie gelungen ist, durch eine grosse Anzahl mehr oder weniger zweckmässige technisch verwertbare Untersuchungsmethoden wenigstens die funktionelle Diagnosestellung bei irgend einer Organerkrankung zu erschliessen. Denn es ist eine allgemeine Erfahrungstatsache, dass wenn wir auch bei irgend welcher Behandlung eines Kranken stets bemüht sind, ihn sorgfältig zu examinieren, zu untersuchen und so zu einer möglichst exakten Diagnose zu gelangen, wir damit gewiss noch nicht das Schwerste überwunden haben; denn aus der Diagnose ergiebt sich noch lange nicht so selbstverständlich auch die Therapie; denn uns wurde stets gelehrt, dass wir durch die Diagnose die Krankheit, mit der wir es zu tun haben, erfahren, während der Therapie die oft weit wichtigere Aufgabe zufällt: „nicht bloss die Krankheit an sich, sondern den kranken Menschen als solchen zu kurieren“.

Die seit alters her geübte Praxis in der Therapie, vor allem der Indicatio causalis zu genügen, hat in so manchen Fällen uns über den alten Satz: „cessante causa cessat effectus“ nicht hinauskommen lassen und uns in der Therapie ausserdem noch die Erfüllung verschiedener anderer Indikationen, wie die Indicatio vitalis, symptomatica et prophylactica auferlegt, ohne aber für jede einzelne dieser Indikationen auch gleichzeitig bestimmte Behandlungsmethoden an die Hand zu geben. Daher die natürliche Folge, dass sich im Laufe der Zeit an Stelle dessen s. g. direkte — wie z. B. die Chirurgie, — und im Gegensatze dazu auch indirekte Behandlungsmethoden ausbildeten.

Wenn ich nun bei den in Frage stehenden Leiden, beim „Fettherz“ die Balneotherapie als diejenige Behandlungsmethode vorzuführen beabsichtige, die zu gleicher Zeit die Möglichkeit bietet, sowohl direkt auf die erkannte ursächliche Schädlichkeit einwirken zu können, als auch indirekt, sei es auf die Tätigkeit des betreffenden Organs selbst, oder auf den Gesamtstoffwechsel zu wirken und dadurch die Erkrankung zum Stillstande zu bringen, so beweise ich Ihnen damit nur das, was Ihnen allen bereits genug bekannt sein dürfte und worüber auf allen ärztlichen Kongressen auf dem Gebiete der gesamten Medizin Verhandlungen gepflegt werden.

Die Balneotherapie findet heute nicht bloss in den Kurorten, sondern auch in den Kliniken die weitgehendste Verwendung, namentlich, wo es gilt, die kurörtlichen Heilfaktoren in Kombination mit allen übrigen in Betracht kommenden Faktoren sowohl zur direkten, als auch zur indirekten Beeinflussung verschiedenster chronischer Erkrankungen heranzuziehen. Die Balneotherapie, in ihrem gegenwärtigem Stadium, verdankt ihre Ausbildung den Balneotherapeuten, d. h. denjenigen Aerzten, die in den verschiedenen Kurorten mit der Behandlung chronischer Leiden sich beschäftigen.

Wie bereits erwähnt, stützt sich die Balneotherapie bei der richtigen Auswahl und rationell-systematischen Anwendung ihrer therapeutischen Faktoren auf eine grosse Anzahl funktionell-diagnostischer Untersuchungs-Methoden, die, — wenn auch manche davon an Vollkommenheit noch viel zu wünschen übrig lassen, immerhin doch — Allgemeingut der ganzen ärztlichen Forschung und Praxis geworden sind.

Unsere Aufgabe wird es daher sein, auch bei der Balneotherapie des Fettherzens zunächst auf die funktionell-diagnostischen Untersuchungsmethoden des Herzens einzugehen, die uns bei der Beurteilung und Behandlung des „Fettherzens“ den nötigen Aufschluss geben sollen, ob durch die bei diesem Leiden vorhandenen geweblichen Veränderungen die Funktion des Herzmuskels d. h. seine Propulsivkraft, seine Leistungsfähigkeit, den Kreislauf zu unterhalten, geschädigt ist und in welchem Masse diese Schädigung erfolgt ist. Auf diese Weise gelangen wir aber am leichtesten und sichersten auch zur Feststellung einer exakten Diagnose und Prognose des individuellen Falles, welche Gesichtspunkte für uns auch massgebend sein werden und sein müssen in unseren therapeutischen Bestrebungen.

Von der grossen Reihe dieser physikalisch-technischen Untersuchungsmethoden werden die Auskultation und Perkussion noch immer in ihre Rechte treten, wenn es festzustellen gilt, ob irgend ein Defekt an den Herzklappen oder irgend ein entzündlich-degenerativer Prozess im Myokard selbst vorhanden ist. Aus der Beschaffenheit des Pulses allein, sei es durch das noch gewohnheitsgemässe Befühlen des Radialpulses oder selbst durch sphygmographische Aufnahmen der verschiedenen Arterien- und Venenpulse wird man heute kaum mehr diagnostische oder prognostische Schlüsse ziehen, da man ja ganz gut weiss, dass bei gestörtem Kreislaufe ganz ähnliche Pulse vorkommen können, wie bei Gesunden. James Mackenzie selbst sagt in der Einleitung seines ausgezeichneten Werkes „Die Lehre vom Pulse“ darüber folgendes: „Die Pulswelle eines Kranken mit vorgeschrittener fettiger oder fibrinöser Degeneration des Herzens welcher Ursache immer kann ganz ähnlich, wenn nicht gleich ablaufen, wie die eines Gesunden, wobei aber noch dazu das Moment in Betracht gezogen werden muss, dass die Abschätzung der Pulsqualitäten von der persönlichen Gleichung des Beobachters abhängig ist, und auf solche subjektive Eindrücke allein sich zu verlassen, gibt Gelegenheit zu Irrtümern“. Hingegen der Blutdruck, gemessen mit den vollkommensten Instrumenten, entspricht der Norm. Hierüber äussert sich ebenfalls Mackenzie: „Um die Verrichtungen der einzelnen Organe zu ermöglichen, ist eine bestimmte Höhe des Blutdruckes nötig. Wenn der Körper ruht, wird diese Höhe durch Aufwendung eines sehr geringen Betrages der Herzarbeit gehalten. Ein gesundes Herz leistet das mit einem Minimum der Kraft, ein geschädigtes Herz, indem es den Hauptteil, wenn nicht die Gesamtmenge seiner Kraft aufbietet. Aber in beiden Fällen wird der gleiche Betrag an Arbeit geleistet. So erscheint es möglich, dass deutlich kranke Herzen in der Ruhelage imstande sind, den für die Organfunktion notwendigen Blutdruck zu erhalten und klinische Kreislaufserscheinungen aufzuweisen, die den normalen gleich kommen“.

Nachgewiesenermassen arbeitet der Herzmuskel im Ruhestand des Körpers nur mit $^1/_{13}$ seiner vollen Reservekraft, woraus hervorgeht, dass der Herzmuskel auch nach Untergang zahlreicher Muskelfibrillen noch über ein gewisses Mass von Funktionsenergie verfügen kann.

Aus diesen Erwägungen ergiebt sich eine ganz richtige Methode zur Abschätzung der Symptome, nämlich die Prüfung der Leistungsfähigkeit des Herzens im Verhältnis zu seiner Inanspruchnahme.

Und tatsächlich von diesen Erwägungen geleitet, verdankt die Methode von Martius, Staehlin, Kraus u. a. m., die „Ermüdung" als Mass der Herzfunktion, ihre Entstehung, der gar bald die von Mendelsohn und Gräupner angegebene Methode: Die Erholung" als Mass der Herzfunktion, folgte, und welchen Methoden ich noch eine dritte Methode anreihte: Der „Blutdruck" als Mass der Herzfunktion.

Der von mir bezeichnete Weg, den „Blutdruck als Mass der Herzfunktion" unter gleichzeitiger Berücksichtigung aller übrigen physikalisch-diagnostischen Hilfsmethoden, wie: die Prüfung des Pulses, die Perkussion und Auskultation, wozu ich noch die Herzgrenzenbestimmung zurechnen möchte, — zu wählen, ist auch von allen bisherigen Methoden diejenige, die einer wissenschaftlichen Kritik noch am allerlängsten Stand gehalten hat, so sehr, dass dieselbe heute sowohl klinische als auch praktische Verwertung gefunden hat und somit auch als eine allenthalben und unter allen Umständen akzeptierte Methode dasteht.

Es musste daher für mich als eine grosse Befriedigung gelten, konstatieren zu können, dass Gräupner nach Veröffentlichung meiner Methode die seinige dahin modifizierte, dass auch er den „Blutdruck als Mass der Herzfunktion" bei seiner Methode als Hauptmoment betont, bloss mit der Berücksichtigung des Umstandes, dass der Blutdruck im „Erholungszustande des Herzens" gemessen, den richtigen Wert der jeweiligen Leistungsfähigkeit erschliessen lässt, — was aber blos ein Wortspiel ist, da ich ja in meinem Vortrage auf der 24. öffentl. Versammlung der Balneologischen Gesellschaft in Berlin, am 7. März 1903 über: „Der Blutdruck als Mass der Herzfunktion" in einer kritischen Besprechung der beiden Methoden, die „Ermüdung" einerseits und die „Erholung" anderseits, darauf hingewiesen hatte, dass dieselben speziell bei der Prüfung der Leistungsfähigkeit eines kranken, geschwächten Herzens namentlich zum Zwecke der im Anschlusse daran zu verwendenden therapeutischen Bestrebungen nicht gut in Betracht gezogen werden können, da jede einzelne dieser Methoden, sowohl die der „Ermüdung" als auch die der „Erholung" immerhin an und für sich schon einen Teil der ohnedies geschädigten Leistungsfähigkeit des Herzens, wenn auch in noch so geringem Masse, schon von vornherein in Anspruch nehmen. Hingegen die von mir bezeichnete und empfohlene Methode: den Blutdruck stets unter gleich bleibenden und hiezu erforderlichen Kautelen mittelst eines Blutdruckmessers (Gärtner, Riva-Rocci, Basch, Sahli etc.) des öfteren zu messen und nebstbei auch die übrigen bereits erwähnten physikalisch-diagnostischen Hilfsmethoden zu berücksichtigen — ist geeignet, die Leistungsfähigkeit bei noch so sehr geschwächten Herzen (wie z. B. bei allzu hohem oder allzu niedrigem Blutdrucke, wo eine Arbeit von 1 Meterkilogramm auf einem Ergostat oder auf einem Ergometer schon von schweren Folgen sein kann), unter grösster Schonung zu erschliessen. Aus diesem Grunde kann auch die modifizierte Methode Gräupner's: «den Blutdruck im Stadium der Erholung nach einer an Zuntz' Ergometer verrichteten noch so geringen Arbeitsleistung zu messen» niemals darauf Anspruch erheben, in allen Fällen geschwächter Herzfunktion als Mass in Anwendung zu kommen, ganz abgesehen davon, dass die Methode auch eine ziemlich komplizierte ist, wie dies auch aus der letzten diesbezüglich in Grolmann's ärztlichem Jahrbuche von 1905 veröffentlichten Arbeit von Gräupner ersichtlich ist.

Wenn Gräupner in dieser Arbeit betont, dass wir in letzter Linie nicht die Krankheit, sondern die Funktionsveränderungen behandeln, so spricht dieser Umstand umsomehr dafür, dass wir durch irgend eine Methode zur Beurteilung derselben nicht etwa noch mehr die ohnehin geschwächte Funktion schwächen und somit ändern; denn nur, wenn wir die Funktionen ganz objektiv und ohne irgendwie geartete vorherige Inanspruchnahme der Herzfunktion beurteilen können, werden wir imstande sein, in jedem Falle zu unterscheiden, ob irgend eine therapeutische Massnahme nützen oder zumindest nichts schaden kann.

Dasselbe gilt meiner Ansicht nach auch von dem Resultate, zu welchem Gräupner bei der Durchführung seiner Arbeitsversuche gelangte; dass er «Erholung» des Herzens nur dann konstatieren konnte, wenn nach eingetretener Herzberuhigung die Arterienspannung ebenso günstig oder noch günstiger war, wie vor der Arbeitsleistung am Zuntz'schen Ergometer, aus welchem Grunde er sich veranlasst sah, die Blutdruckmessung zur Kontrolle der Pulsbeschaffenheit anzuwenden, weil er erwarten konnte, dass mit besserer Füllung des Gefässystems der Blutdruck steigen musste, welche Steigerung er als das Zeichen des Erholungsvorganges direkt anspricht. Wie ist es aber, wenn ein schon bedeutend geschwächtes Herz mit hohem Blutdrucke in dieser Weise reagiert? Ich will ja zugeben, dass Gräupner bei seinen Arbeitsversuchen, die er an Herzgesunden durchgeführt und in der vorzitierten Arbeit veröffentlicht hatte, durch das Ansteigen des Blutdruckes den Beweis erbracht, dass ein bestimmtes Arbeitsmass innerhalb der Suffizienz und Erholungsfähigkeit des Herzmuskels liegen muss; durch das Sinken des Blutdruckes hingegen der Beweiss geliefert wird, dass die Höhe des Arbeitsmasses zu Insuffizienz der Herzleistung geführt hat. Dies bei Herzgesunden, aber bei Herzkranken dürften diese Arbeitsversuche, wie ich sie allerdings nur wenige Male nachzukontrollieren Gelegenheit hatte, denn doch nicht ganz in diesem Sinne ausfallen, wenigstens — meinem Dafürhalten nach — in jenen Fällen, bei welchen ich im Anschlusse an die Funktionsprüfung noch irgend welche therapeutische Massnahmen (ein Bad, Herzgymnastik etc.) anwenden wollte, und wenn ich nicht irre, darauf kommt es ja, wie ich bereits im Jahre 1903 gegen diese Art der Funktionsprüfung durch die nach einer gewissen Arbeitsleistung nicht unbedingt immer folgende «Erholung» ebenfalls Stellung genommen hatte, — uns, die wir nicht die Krankheit, sondern die Funktionsveränderungen behandeln, hauptsächlich an.

Der Blutdruckmessung misst Gräupner für die Funktionsbeurteilung nur dann eine Bedeutung bei, wenn sie im Zustand der Herzberuhigung nach der Arbeit vorgenommen wird, und bezeichnet die Blutdruckmessung für die Funktionsprüfung während und unmittelbar nach der Arbeit als irrig, wie dies einige (in letzter Zeit Masing, Moritz) zum Gegenstande ihres Studiums machten.

Dagegen wäre prinzipiell gewiss nichts einzuwenden, zumal ja auch Tigerstedt vom physiologischen und Hensen vom klinischen Gesichtspunkt aus ebenfalls betonen, dass Blutdruckuntersuchungen uns nur dann über Funktionsveränderungen des Herzmuskels unterrichten können, wenn der Blutdruck vor und nach der Arbeit unter absolut gleichen klinischen Bedingungen untersucht wird.

Aber in der Praxis ergibt es sich sehr häufig, dass schon die Untersuchung vor einer Arbeit auf eine derartige Schwäche der Herzfunktion hindeutet, dass selbst die ohne jedwede Inanspruchnahme der Herzfunktion vorzunehmende Blutdruckmessung den Herzkranken der-

art schwächt, dass eine noch so geringfügige ergometrische Arbeitsleistung im Anschlusse daran zur Beurteilung desjenigen Zeitmomentes, wann nach dieser Arbeitsleistung «Erholung» bezw. Beruhigung des Herzens eingetreten sei, durchzuführen einfach unmöglich ist. Demnach wäre die «Erholung» als Mass der Herzfunktion nur dann eine auch in solchen Fällen anwendbare Methode, wenn Gräupner bewiesen hätte, dass bei seinen Arbeitsversuchen an Herzkranken schwerster Art die ergometrische Arbeit gleichzeitig, wie ein therapeutischer Faktor, — etwa wie die Digitaliswirkung — eine Erleichterung des Herzens, herbeiführen würde.

(Schluss folgt.)

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Ebstein und Schwalbe: Handbuch der praktischen Medizin. I. Band, 2. Hälfte. II. Band, I. Hälfte. Enke.

Wir finden in den vorliegenden 2 Büchern zunächst eine Abhandlung von Romberg über die Krankheiten der Kreislaufsorgane, sodann aus der Feder von Laache die Krankheiten des Blutes und von Grawitz die Krankheiten der sog. Blutdrüsen. In der ersten Hälfte des II. Bandes werden abgehandelt: die Krankheiten der Lippen, der Mundhöhle und der Speiseröhre von Sticker, die Krankheiten des Magens von Lorenz, die Krankheiten des Darms von Pribram, Verdauungsstörungen im Säuglingsalter von Ebstein, Erkrankungen der Leber, der Gallenblase, der Gallengänge und Pfortader, des Pankreas und diffuse Erkrankungen des Bauchfells von Ebstein. Diese Inhaltsangabe, verbunden mit dem Hinweise auf die vorzüglich übersichtliche Anordnung und hervorragende Ausstattung mögen als Empfehlung des Werkes, dessen Weitererscheinen wir mit grossem Interesse entgegensehen, genügen.

Wichert.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

777. Sitzung vom 1. November 1905.

Vorsitzender: Blessig. Sekretär: O. Moritz.

1. Prof. Petersen: Ueber Spirochaeta pallida. (Mit Demonstration von Präparaten).

Vortr. giebt einen historischen Ueberblick über die Forschungen, die sich mit dem vermutlichen Syphiliserreger befasst und die bis vor kurzem zu keinem befriedigenden Resultat geführt haben. Die Luesbazillen Lustgarten's und van Niessen's, ebenso der Cytorrhyctes luis von Siegel sind jedenfalls nicht die Erreger des Syphilis. Dagegen scheint durch eine grosse Zahl von Untersuchungen jetzt sichergestellt, dass die Spirochaeta pallida von Schaudinn und Hoffmann in fast allen frischen Luesfällen zu finden ist und dass wir berechtigt sind, sie für den Erreger der Syphilis zu halten. Auch die Uebertragung der Lues auf Affen bestätigt diese Annahme — da sich dabei die Spirochaeten stets nachweisen liessen (Metschnikoff, Neisser u. a.). Der praktische Nutzen dieser Entdeckung ist vorläufig schon insofern ein sehr grosser, als wir jetzt sehr früh schon die Differentialdiagnose zwischen Ulcus durum und molle — wenigstens in einer grossen Zahl von Fällen durch den Spirochaetennachweis stellen können.

Diskussion:

Andersen fragt nach der Technik der Präparatherstellung.

Petersen rät zu der Methode von Schaudinn und Hoffmann: Vorsichtige Fixierung in Alcohol absolutus und Färben in Giemsa-Lösung (Eosin-Azur).

Fick fragt, woran es lag, dass die früheren Uebertragungsversuche der Syphilis auf Affen nicht gelangen. Ferner fragt er, ob Versuche darüber vorliegen, wie viel Zeit die Spirochaeten zur Einwanderung in die regionären Lymphdrüsen brauchen — wie lange Zeit nach der Infektion somit die Excision des Primäraffektes Aussicht auf Erfolg hätte.

Petersen: Die Impfungen an Affen sind früher wahrscheinlich nicht richtig gemacht worden, unter anderem wohl oft zu tief. Ausserdem hat die Wahl der Impfstelle eine grosse Bedeutung — so sind z. B. der Anus, die Lippen, die Nase und die Superciliargegend besonders empfänglich. Ausserdem sind bei kleinen Affen die Syphiliserscheinungen nicht sehr deutlich. Methodische Untersuchungen über die Geschwindigkeit des Eindringens der Spirochaeten liegen noch nicht vor. Doch hat Hoffmann schon in sehr frühem Stadium dieselben finden können und dürfte die Excision wohl jedenfalls zu spät sein, sobald die Sklerose oder gar die Drüsenschwellung vorliegt. Petersen hat früher selbst zahlreiche Initialsklerosen excidiert, ohne einen sicheren Erfolg gesehn zu haben.

Heuking hat Präparate von Dr. Schor gesehen, die Pat. mit Condyloma acuminatum entstammten und auf denen sehr ähnliche Spirochaeten zu sehen waren.

Petersen hat die erwähnten Präparate nicht gesehn, glaubt jedoch, dass es sich wohl um eine andere Spirochaetenart gehandelt habe. So ist auch die von Kube bei Condyl. acum. gefundene Spirochaete von Schaudinn und Hoffmann nicht als Spir. pallida anerkannt worden. Möglicherweise handelt es sich um Spirochaeta refringens.

2. Kallmeyer spricht über Reiseeindrücke in verschiedenen deutschen und österreichischen Kurorten.

778. Sitzung vom 15. November 1905.

Vorsitzender: Blessig. Sekretär: O. Moritz.

1. Cand. chem. G. Wulff (Gast): Ueber Milchkonservierung auf physiologischer Grundlage.

2. Nissen referiert über eine gerichtliche Expertise in einem Falle bei Anklage auf Kindesmord durch Vergiftung.

Der Tatbestand ist folgender: Eine Mutter war mit ihrem 5-tägigen, unehelichen Kinde aus dem Gebärasyl zu ihren Herrschaften zurückgekehrt, welche den Knaben zur Erziehung aufzunehmen versprachen. An demselben Tage klagte die Mutter über starkes Zahnweh, gegen welches sie von ihrer Herrschaft ärztlich verschriebene Tropfen erhielt, welche ein Gemisch von Carbolsäure und Chloroform darstellten. Nachdem die Hausfrau ausgegangen und wieder zurückgekehrt war, fand sie das Kind vollständig verändert vor. Die Lippen und die Zunge waren gerötet und geschwollen, und das Kind war in halbbewusstlosem Zustand. Zur Rede gestellt, gestand die Mutter, dass sie dem Kinde aus einem Teelöffel von denselben Tropfen etliche in den Mund gegossen habe angeblich in der Absicht das Kind zu töten. Die Angelegenheit wurde dem Gericht übergeben, und das Kind ward am nächsten Tage ins Klinische Elisabethkinderhospital übergeführt, wo es trgs darauf starb.

Aus dem Krankenbogen, der den Akten beigefügt war, sei folgendes hervorgehoben: Mittelkräftiges Kind in bewusstlosem Zustande. An den Lippen und der Zungenspitze, die etwas trocken, leichte Verschorfungen. Hautdecken kühl und recht cyanotisch. Die flektierten Arme und zur Faust geballten Händchen weisen rhythmische Zuckungen auf; eben solche rhythmische Zuckungen spielen um den Mund des Kindes. Die halbgeöffneten Auge zeigen verengte Pupillen, die auf Licht nicht reagieren. Das Kind schluckt und saugt nicht. Die Atmung ist oberflächlich, beschleunigt und irregulär. In den hinteren Lungenabschnitten besteht mässiges Rasseln. Das Herz ist nach rechts etwas vergrössert. An der Herzspitze besteht ein deutliches diastolisches Geräusch, das zur Herzbasis hin abnimmt. Der Leib ist nicht aufgetrieben. Die Leber ist unter dem Rippenrand eine Fingerbreite palpabel. Die Nabelschnur ist abgefallen, der Nabel verheilt. Puls kaum fühlbar. Der per Katheter entleerte Harn ist von normaler Farbe und enthält etwas Eiweiss. Die Temp. per rectum beträgt 35,8. In den nächsten Stunden der Beobachtung des kleinen Patienten liessen die Zuckungen in den Armen und um den Mund, ebenso auch die Cyanose zeitweilig etwas nach, um dann wieder aufs neue einzusetzen, verbunden mit einem Aufschreien laryngospastischen Charakters. Es kamen Analeptica zur Anwendung, warme Klystiere und warme Bäder etc., die den geschilderten Zustand nicht wesentlich veränderten — ca. 30 Stunden nach der Aufnahme des Kindes ins Hospital erfolgte unter starker Cyanose der exitus letalis.

Das gerichtliche Obduktionsprotokoll enthielt nicht viele Daten: Die Schleimhaut der Lippen und Zungenspitze eingetrocknet mit einem Anflug einer leichten Krustenbildung. Im Rachen keinerlei Veränderungen der Schleimhaut, dieselbe ist nur hyperämisch. Dieselbe Hyperämie der Schleimhaut bieten auch Oesophagus, Larynx, Trachea, Magen und der ganze Intestinaltractus. Das Herz von normalem Befund (!). In der linken hinteren Gehirnhälfte zwischen harter und weicher Hirnhaut ein esslöffelgrosser Bluterguss. Der Harn von normaler Farbe. Die dem Obduktionsprotokoll beigefügten Schlussfolgerungen lauteten: Der Tod erfolgte infolge des

Dr. Ströhmberg erklärt auf diese Interpellation, dass eine Verminderung des Zuschusses an die Unterstützungskasse nicht zu befürchten wäre, denn die Abteilung besitze augenblicklich ca. 3000 Rbl. Es würden daher bei Annahme der Proposition des Vorstandes in diesem Jahre der Unterstützungskasse 1000 Rbl. zufliessen, an Stelle des in Zukunft zu erwartenden durchschnittlichen Zuschusses von 500 Rbl. jährlich.

Die Versammlung akzeptiert die Proposition des Vorstandes und beschliest in diesem Jahre den Zuschuss an die Unterstützungskasse auf 1000 Rbl. in Wertpapieren zu fixieren.

c) Die Anträge des Vorstandes bezüglich der Führung der Bücher der Unterstützungskasse in doppelten Exemplaren und bezüglich einer möglichst verbreiteten Publizierung, namentlich unter den jüngeren Aerzten, der Vorteile, welche die Unterstützungskasse ihren Mitgliedern bietet, wurden angenommen.

d) Dr. Ströhmberg berichtet der Generalversammlung, dass er vom Vorstande beauftragt sei, im Interesse der Witwe und der Kinder des verstorbenen Kollegen Harmsen den Antrag zu stellen, dass die Kasse des «Rechtsschutzvereins» die weitere Zahlung der Mitgliedsquoten in die Unterstützungskasse für die Witwe des verstorbenen Kollegen Harmsen übernehmen möge, da Harmsen langjähriges Mitglied der livländischen Abteilung und Stifter und Kurator der Unterstützungskasse gewesen sei. Bei Einsichtnahme in die Bücher der Unterstützungskasse hatte sich Ströhmberg aber davon überzeugt, dass der dahingeschiedene Kollege Harmsen mehr als 5 Jahresbeiträge bereits geleistet hatte, und dass die Witwe daher zu keinen weiteren Zahlungen verpflichtet sei. Er proponierte daher: der «Rechtsschutzverein» möge der Witwe Harmsen jährlich bis zum Termin ihrer Pensionsberechtigung aus der Unterstützungskasse, aus seiner Kasse eine Unterstützung in der Höhe der Harmsen'schen Pensionsquoten zukommen lassen. Diese Proposition wurde von der Generalversammlung angenommen.

P. 6. Dr. Ströhmberg weist darauf hin, dass es sehr wünschenswert sei, dahin zu streben, dass der Sitz des Vorstandes der Abteilung in der Zukunft nach Riga verlegt werde. In Anbetracht der geringen Zahl der erschienenen Mitglieder, namentlich aus Riga, bestimmt die Generalversammlung einstimmig, Dorpat als Sitz des Vorstandes für das nächste Triennium beizubehalten.

P. 7. Es wählt die Generalversammlung einstimmig per Akklamation die Glieder des bisherigen Vorstandes, die Ehrenrichter und die Glieder der Revisionskommission wieder.

Es bilden somit für das nächste Triennium den Vorstand: Dr. med. H. Truhart, Prof. Dr. med. L. Kessler, Dr. med. C. Ströhmberg, Dr. K. Ptaff, Dr. med. A. Lezius. Ehrenrichter sind: Dr. med. H. Truhart, Prof. Dr. med. W. Zoege von Manteuffel und Prof. Kessler. Ehrenrichterkandidaten sind: Dr. med. C. Ströhmberg und Dr. J. Meyer-Dorpat. Kassenrevidenten sind: Dr. med. A. Hartge-Dorpat, Dr. G. Engelmann-Riga und Dr. W. Kieseritzky-Dorpat.

Dr. med. C. Ströhmberg,
d. z. I. Sekretär.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Unser Landsmann, der ordentliche Honorarprofessor in der philosophischen Fakultät der Leipziger Universität, russischer wirklicher Staatsrat Dr. phys. Arthur v. Oettingen, feiert am 16. März d. J. seinen 70. Geburtstag. Oettingen war bekanntlich vor seiner Uebersiedlung nach Deutschland viele Jahre Professor der Physik in Dorpat, somit auch der Lehrer der zahlreichen zu dieser Zeit dort studierenden Mediziner in diesem Fache.

— Der berühmte Gesanglehrer und Erfinder des Kehlkopfspiegels Manuel Garcia, geboren im Jahre 1805 zu Madrid, vollendete am 4./17. März in Paris sein 101. Lebensjahr.

— Am 22. Februar beging der Professor der Chemie und Sekretär der Konferenz der militär-medizinischen Akademie, Dr. Alexander Dianin, das 25-jährige Jubiläum seiner Lehrtätigkeit.

— Dr. Albert Henzelt ist auf eigenes Ersuchen von dem Amte des älteren Arztes der Sewastopoler Stadthauptmannschaft verabschiedet worden, welches er seit 1878 bekleidet hat. H. ist ein ehemaliger Jünger der Dorpater Universität, an der er i. J. 1868 die Venia practicandi erlangte.

— Die Gesellschaft russischer Aerzte in Moskau hat in ihrer Jahresversammlung für das laufende Jahr zum Praeses — Dr. J. Ssarytschew, zum Vizepräses Dr. K. Ssolomka, zum Sekretär — Dr. W. Schamschin wiedergewählt, und zum Kassierer — Dr. N. Memorski neu gewählt. Die Leitung der von dem Verein unterhaltenen Heilanstalt ist Dr. J. N. Alexandrow übertragen worden.

— Der dirigirende Arzt der inneren Abteilung am Berliner städtischen Krankenhause in Moabit, Prof. Dr. Goldscheider, ist zum Direktor des neuerbauten Virchowkrankenhauses in Berlin ausersehen. An seine Stelle im Moabiterkrankenhause tritt der Privatdozent für spezielle Pathologie und Therapie an der berliner Universität, Prof. Dr. Georg Klemperer, der als eine Autorität namentlich auf dem Gebiete der Stoffwechselkrankheiten gilt.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 17. Februar in Schoden (Kurland) Dr. Theodor v. Horlacher im nahezu vollendeten 77. Lebensjahre. Zu Schloss Dondangen (Kurland) als Sohn eines Arztes geboren, erhielt er seine Schulbildung in Windau und studierte dann von 1849—53 Medizin in Erlangen, Würzburg und zuletzt in Heidelberg, wo er auch zum Doktor med. promovierte. Seine ärztliche Tätigkeit begann er während des Krimkrieges als Lazarettarzt in Silistria und Odessa und war dann nach Beendigung des Krieges 2 Jahre Arzt in der deutschen Kolonie Glücksthal bei Odessa. Nach Absolvierung des russischen Staatsexamens in Kiew i. J. 1857, fungierte H. als Arzt in Polangen, dann als Stadtarzt in Kowno, bis er 1868, lediglich seiner stark entwickelten Liebe zur Natur und zum Leben des Waldes folgend, in den Forstdienst trat und als Oberförster im Kownoschen Gouvernement tätig war, ohne indessen auf die Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit zu verzichten. Seit 1898 lebte er pensioniert in Schoden, wo er bis zu seinem Lebensende eine ausgebreitete ärztliche Praxis ausübte und sich als Mensch wie als Arzt, namentlich auch als Frauenarzt und Chirurg, allgemeiner Liebe und Anerkennung erfreute. 2) Am 8. Febr. in Uman der freipraktizierende Arzt Dr. Vincenz Kwjatkowski im Alter von 80. Jahren nach 55-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 3) In Riga am 27. Februar der praktische Arzt Dr. Jakob Brainin nach langer Krankheit im 38. Lebensjahre. Der Verstorbene war in Riga geboren und erzogen, seine medizinischen Studien hatte er in Charkow und in Petersburg gemacht, wo er auch 1899 den Doktorgrad erlangte. Als Arzt war B. seit 1891 successive in den Gouvernements Poltawa und Wladimir, in Moskau, Petersburg und seit 1900 in Riga tätig. Er ist auch vielfach literärisch hervorgetreten. 4) In Moskau der Landschaftsarzt Lebedew, welcher, wie wir bereits meldeten, auf Anordnung der Administration wegen politischer Umtriebe verhaftet war, am Flecktyphus, mit dem er sich im Gefängnis infiziert hatte. 5) In Göttingen am 12. März n. St. der Professor der gerichtlichen Medizin an der dortigen Universität Dr. P. Stolper im 40. Lebensjahre. Er erlitt während eines Vortrages in einer Versammlung der Ortskrankenkasse einen Schlaganfall.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Der bekannte Pharmakologe Prof. Dr. R. Kobert in Rostock, welcher in früheren Jahren den Lehrstuhl der Pharmakologie in Dorpat bekleidete, ist zum Rektor magnificus der Universität Rostock erwählt worden.

— Zum Dekan der medizinischen Fakultät der Charkower Universität ist der Professor der Chirurgie Dr. L. Orlow gewählt worden.

— Zum Nachfolger des in Ruhestand getretenen Gynäkologen Prof. Dr. Hegar auf dem Lehrstuhl der Geburtshülfe und Gynäkologie der Universität Freiburg ist Prof. Dr. Kroenig ernannt worden, der am 1. März seine akademische Antrittsrede gehalten hat über das Thema: «Welche Anforderungen müssen wir an Bau und Einrichtung einer modernen Frauenklinik stellen».

— Professor Dr. Kolle, ein Schüler und langjähriger Mitarbeiter von Robert Koch, übernimmt, wie aus Bern mitgeteilt wird, im Juni d. J. die ordentliche Professur für Hygiene und das Direktorat des hygienisch-bakteriologischen Instituts an der Universität Bern. Der Genannte, der bisher am Institut für Infektionskrankheiten in Berlin als Abteilungsvorsteher tätig war, wird ferner zusammen mit Professor Tavel in die wissenschaftliche Leitung des Schweizer Serum- und Impfinstituts eintreten.

— Auf Verfügung des Gehülfen des Ministers der Volksaufklärung ist zu den gegenwärtig an der Dorpater Universität stattfindenden Prüfungen zur Erlangung des Aerztgrades auch eine Dame zugelassen worden.

— Vom Militärkonseil ist verfügt worden, dass die Auszahlung der Kronsstipendien an die Studenten der Kaiserlichen Militär-Medizinischen Akademie bis zur Wiedereröffnung der Akademie, in keinem Falle aber länger als bis zum 1. September 1906 fortzusetzen ist, wobei, falls die Akademie zu diesem Termin nicht eröffnet oder falls sie nach stattgehabter Eröffnung wieder geschlossen werden sollte, die Auszahlung der Kronsstipendien an die Studenten, welche sie gegenwärtig beziehen, für die Zeit der Schliessung der Akademie einzustellen ist.

— Laut Allerhöchst im Januar d. J. bestätigtem Reichsratsgutachten ist, auf Vorstellung des Ministers der Volksaufklärung, in Abänderung und Ergänzung der bestehenden Bestimmungen, verfügt worden, von Personen, die sich dem Examen auf den Grad eines **Provisors** unterwerfen, eine Zahlung von 20 Rbl., von Personen aber, die auf die Würde eines Apothekergehülfen geprüft werden, eine solche im Betrage von 10 Rbl. zu erheben. Diese Zahlung soll verwandt werden zur Deckung der Ausgaben für das bei den Examina verbrauchte Material, zur Vergütung der Mühewaltung der Examinatoren und zur Verstärkung der Spezialmittel der Universität.

— Der Professorenkonseil des Medizinischen Instituts für Frauen hat einstimmig beschlossen, ohne das Institut für die Vorlesungen wieder zu eröffnen, allen diejenigen Hörerinnen des letzten Kursus, welche das Studium fortzusetzen wünschen, zu den praktischen Beschäftigungen in den Laboratorien, Kabinetten und Kliniken des Instituts mit dem Recht zur Erlangung des Zeugnisses behufs Ablegung des Arztexamens in der Prüfungskommission im Herbst zuzulassen.

— Da in St. Petersburg, der Zunahme der Einwohnerzahl entsprechend, 14 **neue Apotheken** eröffnet werden können, so hat die Stadtduma auf den Vorschlag der städtischen Hospitalkommission in ihrer Sitzung am 1. März d. J. beschlossen, darum anzusuchen, dass **das Recht zur Eröffnung von 14 neuen Apotheken der städtischen Kommunalverwaltung reserviert bleibe.**

Standesangelegenheiten.

— **In der Sache der Vergewaltigung des Oberarztes der hiesigen Irrenanstalt St. Nikolaus des Wundertäters, Dr. Reformatski**, hat der St. Petersburger Verein der Psychiater beschlossen, sowohl bei der Stadtverwaltung als auch bei den Aerzten der Irrenanstalt anzufragen, ob sie geneigt sind eine Untersuchung dieser Sache durch eine Spezialkommission vornehmen zu lassen. (Her.)

— Im Saratowschen Gouvernement hat das **gesamte Personal des Balandaschen Landschaftshospitals** im Kreise Atkarsk den Dienst gekündigt, weil die Kreislandschaftsverwaltung die Posten der zweiten Aerzte hat eingehen lassen.

— **Die Aerzte der Moskauer Kreislandschaft** sind in einer vor kurzem stattgehabten zweiten Beratung bei ihrem Entschlusse geblieben, **ihren Abschied infolge des Konfliktes mit dem Vorsitzenden des Landschaftsamtes zu nehmen.** Das ganze übrige Personal hat sich den Aerzten angeschlossen. So weit uns bekannt ist, wünschten die Aerzte der Moskauer Kreislandschaft mit dem Kreislandschaftsamte zu einem Kompromiss zu gelangen und beantragten beim Vorsitzenden des Landschaftsamtes **N. F. Richter** die Anerkennung der Berechtigung des Arztes **Ssmirnow** zur Anstellung in der Landschaft. **N. Richter** lehnte jedoch diesen Antrag ab.

— Die Verhaftungen und Verschickungen von Aerzten wegen Teilnahme an politischen Umtrieben dauern noch immer fort. So sind neuerdings arretiert: In Perm die Aerzte **G. Wulffins** und **Kurdow**, sowie die Aerztin **M. Brustein**; in Peterburg - der Arzt am Institut für Experimentalmedizin **A. Ssulima-Ssamoilo**; in Pjatigorsk — der erkrankte Arzt **G. Gorbunow**. In Odessa ist, wie der «R. Wratsch» erfährt, die Mehrzahl der zur städtischen Sanitätsorganisation gehörenden Aerzte verhaftet worden, und zwar **M. Bogomolez, S. Chlebnikow, J. Zwirko, W. Boguzki** und die Aerztin **N. Goshanski.**

Von den inhaftierten Aerzten sind in entlegene Gouvernements verschickt worden: Dr. **Ginsburg** aus Woronesh auf 3 Jahre ins Archangelsche Gouvernement; Dr. **J. Kalinkinski** aus dem Waldaischen Kreise auf 3 Jahre und Dr. **Dolgopolow** aus Nishni-Nowgorod auf 4 Jahre ins Tobolskische Gouvernement.

— Die Aerztin **E. Bomasch** ist für das Aufbewahren eines Revolvers, der einer anderen Person gehörte, zum Arrest auf 2 Monate verurteilt worden. (N. Dni — R. Wr.)

— **Zu argen Skandalszenen** ist es in Stettin gegen einen hervorragenden Gelehrten, den hochverdienten Syphilisforscher, Professor Dr. **Neisser** aus Breslau, gekommen. Während eines Vortrags, den am 9. Februar Prof. Dr. **Neisser** auf Einladung der Stettiner Ortsgruppe der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im grossen Saale des evangelischen Vereinshauses über **Ehe und Geschlechtskrankheiten** hielt, waren im Saale und auf den Galerien etwa hundert Leute postiert, die beim Auftreten des Gelehrten einen Höllenlärm machten. Schreien, Pfeifen, Trampeln, Johlen, dazu ununterbrochene Rufe: «Raus! Raus!» schallten wirr durcheinander. «Der Mann hat fünfzig kleinen Kindern Syphilisgift eingeimpft!» und anderes wurde, ununterbrochen gerufen. Als leidliche Ruhe eingetreten war, begann Prof. **Neisser** seinen Vortrag, der durch Lachen, Sprechen, gellende Pfiffe, antisemitische und andere Zwischenrufe unflätigster Art unaufhörlich begleitet und unterbrochen wurde Nachdem der Gelehrte unter solchen Umständen einige Zeit gesprochen hatte, setzte der Lärm aufs neue mit erhöhter Heftigkeit ein. Es entstand ein Skandal, den zu beschreiben die Feder vergeblich versuchen würde. Es wurde gebellt, gekräht und gequiekt. Die Leiter der Versammlung zeigten sich der Situation gegenüber nicht gewachsen; und die anwesenden Polizeibeamten verhielten sich infolgedessen völlig passiv. Als der Radau in dieser Weise 20 Minuten lang ununterbrochen gedauert hatte und schliesslich in Tätigkeiten überzugehen drohte, wurden die Versuche, den Vortrag fortzusetzen, eingestellt, und das Publikum verliess den Saal. Der Exzess war offenkundig sorgfältig vorbereitet. — Bekanntlich wurde vor Jahren gegen **Neisser** der Vorwurf erhoben, er habe zu Studienzwecken Einspritzungen mit Syphilisgift vorgenommen.

— **Vierteljährliche Arztrechnungen.** Im vorigen Jahre hat der **Leipziger Verband** der Aerzte Deutschlands beschlossen, dass die **Rechnungsstellung** in der **Privatpraxis** in der Regel vierteljährlich zu erfolgen habe. Eine Obmännerversammlung der Sektion **München** des Verbandes beschloss daraufhin, den hiesigen Mitgliedern des Verbandes — es sind dies fast alle Münchner Aerzte — zu empfehlen, ihre Honorarforderungen den Patienten im allgemeinen nach Beendigung der Behandlung, spätestens aber nach Ablauf des laufenden Vierteljahres bekannt zu geben. Von dieser Regel möge nur dann abgewichen werden, wenn andere private Vereinbarungen oder seit Jahren bestehende Zahlungsformen bestehen.

Die Durchführung dieses Beschlusses dürfte ebenso sehr im Interesse der Patienten wie der Aerzte liegen; einer sofortigen allgemeinen Einführung der vierteljährlichen Rechnungsstellung stehen eigentlich nur die alten Gewohnheiten entgegen. Allmählich wird sich die Neuerung leicht einbürgern. Um Missverständnissen vorzubeugen, wird vom Leipziger Verband empfohlen, der Rechnung einen kleinen roten Zettel aufzukleben, welcher einen Hinweis auf den Verbandsbeschluss enhält.

Epidemiologisches.

— **Pest.** Von der Allerhöchst niedergesetzten Kommission zur Verhütung und Behämpfung der Pest wird mitgeteilt, dass in **Seistan** (Persien), laut Berichts unseres Konsuls, vom 12. Februar bis zum 4. März d. J. 40 Neuerkrankungen an der Pest gemeldet worden sind, von denen 28 letal verliefen.

— **Pocken.** In **Reval** herrscht seit einiger Zeit eine **Pockenepidemie**. Das Stadtamt hat die nötigen Massregeln zur Bekämpfung derselben ergriffen und zur Bestreitung der Ausgaben aus den städtischen Mitteln einen Kredit von 2000 Rbl. angewiesen. Es ist eine Cholerabaracke eingerichtet worden, deren Leitung bis zur Genesung des erkrankten städtischen Sanitätsarztes Dr. **Heidenschild** — dem Dr. **Hoffmann** übertragen wurde. Ausserdem ist Dr. **Haller** als Gehülfe des Sanitätsarztes für die allgemeinen städtischen sanitären Bedürfnisse angestellt worden. Diese drei Aerzte erhalten jeder eine Gage von 200 Rbl. monatlich. Gleichzeitig sind Impfungen in allen städtischen Schulen und Privatelementarschulen, sowie unentgeltliche Impfungen für jedermann angeordnet worden. Seit Beginn der Epidemie bis zum 3. März waren bereits an 3878 Personen unentgeltliche Impfungen ausgeführt worden.

— **Typhus.** In den **Petersburger Nachtasylen** macht sich bereits seit einiger Zeit eine bedenkliche Zunahme der **Erkrankungen an Unterleibtyphus und Febris recurrens** bemerkbar. Die Stadtverwaltung hat daher eine tägliche medizinische Kontrolle dieser Asyle ein-

gerichtet und besondere Aerzte angestellt, welche die Frequentanten der Asyle täglich besichtigen und die Erkrankten sofort in isolierte Wohnungen oder Hospitäler überführen lassen.

Verschiedene Mitteilungen.

— Das neue städtische Krankenhaus in Berlin, welches zum Andenken an den um das städtische Sanitätswesen hochverdienten berühmten berliner Pathologen den Namen «Rudolf Virchow — Krankenhaus» führen wird, geht seiner Vollendung entgegen, so dass es spätestens am 1. Juli d. J. mit 800 Betten eröffnet werden kann. Im nächsten Jahre soll dann die Anstalt mit weiteren 800 Betten belegt werden. Im ganzen wird die Anstalt rund 2000 Betten fassen. Die Gesamtkosten sind bis jetzt auf 17½ Millionen Mark veranschlagt. Nach allem, was bereits über das neue Hospital bekannt ist, wird dasselbe das grossartigste und besteingerichtete Krankenhaus der Welt sein.

— Zur Krebstherapie. Die Wiener klinische Wochenschrift veröffentlicht unter dem Titel: «Principiis obsta!» ein Mahnwort, das sich in der Frage der Krebstherapie an die Aerzte richtet und dessen Wortlaut in der von der Wiener Gesellschaft der Aerzte eingesetzten Krebs-Kommission beschlossen wurde. In dem Artikel wird gesagt, dass der Krebs in der grossen Mehrzahl der Fälle heilbar sei, dass er dauernd geheilt werden könne in dem Stadium, da er noch ein lokales Leiden darstellt, und das derzeit zuverlässigste Heilmittel sei das rechtzeitig und richtig angewendete Messer des Chirurgen. Es wird weiter in dem Aufrufe ausgeführt, dass die meisten Krebsfälle erst in vorgeschrittenen Stadien zur Operation kommen und dadurch die Möglichkeit eines radikalen Vorgehens erschweren. Dass daran in vielen Fällen die Krebskranken selbst schuld seien, könne nicht geleugnet werden, andererseits aber dürfe man sich auch nicht verhehlen, dass die Kranken häufig durch ärztliches Verschulden spät, manchmal zu spät zur Operation gelangen.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 25. Febr. d. J. 11864 (139 mehr als in der Vorwoche), darunter 1049 Typhus — (26 wen.), 1251 Syphilis — (28 mehr), 439 Scharlach — (19 mehr), 172 Diphtherie — (3 wen.), 77 Masern — (2 mehr), und 18 Pockenkranke — (2 wen. als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche von 18. bis zum 25. Febr. d. J. im ganzen 875 (493 M., 382 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 1, Typhus abdom. 29, Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 29, Scharlach 20, Diphtherie 22, Croup 0, Keuchhusten 13, Croupöse Lungenentzündung 23, Erysipelas 2, Grippe 13, Katarrhalische Lungenentzündung 62, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 14, Tuberkulose der Lungen 94, Tuberkulose anderer Organe 33, Alkoholismus und Dilirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 53, Marasmus senilis 31, Krankheiten des Verdauungskanals 114, Totgeborene 44.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, den 21. März 1906.

Tagesordnung: Arronet: Stauungsbehandlung nach Bier.
Wanach: Ueber sekundäre Verletzungen grosser Gefässe und Nervenstämme durch verlagerte Knochenfragmente bei Schussfrakturen der langen Knochen.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 13. März 1906.

Wiesbaden

liegt in der Provinz Hessen-Nassau, nahe dem Rheinstrom, und wird während des ganzen Jahres als internationales Bad und geschützter Aufenthaltsort von zahlreichen Kurgästen und Reisenden, namentlich Russen, besucht. Für Rekonvaleszenten und Erholungsbedürftige ganz besonders geeignet.

Kochsalz-Thermen 49—66° Celsius.

Indikationen GICHT, Rheumatismus, Gelenkleiden, Knochenbrüchen, Verletzungen, Lähmungen, Neuralgien, insbes. Ischias, Krankheiten der Atmungs- und Verdauungs-Organe, verzögerter Rekonvaleszenz besonders nach **Influenza**.

Prospekte frei. *Städtische Kurverwaltung.*

Frequenz über 150,000 Fremde.

Grossartige Unterhaltungen für Kunst- u. Naturfreunde bei billig. Preisen.

Kur- und Seebadeort PERNAU.

Gesunde Lage. Kalte Seebäder. Temperatur des Wassers 15—16° R. Komfortabel eingerichtete Kurbadeanstalt und Kurhaus im Parke am Meere.: Beginn der Saison 20. Mai, Schluss derselben 20. August. Verabfolgt werden: **Schlamm-, Moor-, Salz-, electrische, Sand-, Kohlensaure-** und andere Heilbäder, **hydrotherapeutische und orthopädische Behandlung, Luft- und Lichtbäder.** Nach den Untersuchungen des Professors **Borgmann** in Petersburg, ist der Pernausche Schlamm **radiumhaltig.** Die Bäder sind wirksam gegen **Herz- und Nervenerkrankungen,** Rheumatismus, zahlreiche chronische Krankheiten, Lähmungen, Bleichsucht, Skrofulose, Rhachitis. **Frauenleiden** und andere Krankheiten mehr. **Massage. Desinfizierte Wäsche. Täglich Musik. Keine Kurtaxe.** Weiterausgedehnte **Anlagen,** viele **Promenaden** am Meere. **Billiges Leben. Dampfer- und Eisenbahnverbindung.** Nähere **Auskünfte,** Prospekte und Quartiervermittelung **gratis** durch die Badekommission.

Im Interesse der Heilungs- und Ruhebedürftigen muss hervorgehoben werden, dass **vollständige Ruhe und Ordnung in Pernau herrscht** und dass die **Saison** unseres Kurorts mit allen medizinischen Heilverfahren, wie gewöhnlich, **am 20. Mai** beginnt.

(33) 6—1. **Die Badekommission.**

Salit Flüssige Salicylverbindung Billiges, schnell schmerzstillendes **Einreibemittel** bei **rheumatischen** Erkrankungen aller Art (mit Olivenöl verdünnt). Hat von allen äusserlichen Salicylmitteln die **geringste Reizwirkung** auf die Haut, da frei von Formaldehyd. Keine Nebenwirkung auf Herz und Nieren. Wirkt besonders günstig bei allen **nach Erkältung auftretenden rheumatischen Schmerzen** (Lumbago etc.) **Muskel-** und **Fascien-Rheumatitiden.**

Novargan **Reizlosestes Antigonorrhoikum** unter den **Silberpräparaten.** Ueberlegene keimtötende Wirkung.

„Zur Zeit bestes Mittel bei akuter Gonorrhöe". Einspritzungen einer 0,2 bis 0,5 bis 1%igen Lösung. In ganz frischen Fällen Abortivbehandlung möglich: 15%ige Lösung (0,5 cm³) zu Instillationen.

Lösung **kalt** bereiten; darf für **Blasenspülung** auf 40° erwärmt werden.

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik v. Heyden, Radebeul-Dresden,

oder deren Vertreter:

R. Crottet, St. Petersburg, W. O., Sredny Prosp., 8.

Buchhandlung von K. L. Ricker. St. Petersburg, Newsky Prosp., Nr. 14.

Soeben erschienen:

Dr. E. Moritz.

Ueber Lebensprognosen.

2. Auflage, St. Petersb. 1905. Preis 75 K.

Д-ръ Э. Ф. Морицъ,

Главный врачъ страховыхъ обществъ «Россія» и «1-го Россійскаго 1827 года»

О предсказаніи жизни.

2. изданіе, СПБ. 1905 г., цѣна 75 коп.

Südende bei Berlin **Klinik** für **Asthma** und verwandte Krampfzustände, Hysterie, Herz- und Frauenkrankheiten, Nasen- u. Halsleiden, Bronchialkatarrh, Emphysem etc. Kur und Pension 4—12 Mk. täglich. Prospekte gratis.

San.-Rath Dr. Brügelmann, Dir.

Saisonbeginn 1. April.

v. Brügelmann's Lehrbuch: Ueber Asthma, IV, bei Bergmann, Wiesbaden.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Zum Zweck der jährlich stattfindenden Kontrolle der Adressen der in der Liste der «St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift» verzeichneten Krankenpflegerinnen ersuchen wir Diese hiermit der Redaktion Ihre jetzigen Adressen mitzuteilen.

Die Redaktion

der „St. Petersburger Med. Wochenschrift".

Stottern heilt dauernd die Sprachlehranstalt (mit Pension) Prov. Martin Wagner. Neueste Methode. Keine Rückfälle!! С.П. Б. Екатерининскій каналъ 52 (Демидовъ мостъ) кв. 52 (Lift). Zahlreiche glänzende Atteste. Prospekte gratis.

Hôtel und Pension

Hammerand

WIEN, VIII.

Verlangen Sie illustrierte Preiskourants gratis und franko.

Pankreon D. R. P. 128419.

ist ein Pankreatin, welches vom Magensaft nicht angegriffen wird und im Darmsaft kräftige Verdauungswirkung entfaltet.

Pankreon ist **indiciert** als

Spezificum	**Diäteticum** und **Roborans**	**Stomachicum**
bei Steatorrhoe, Gastritis und Enteritis chronica, nervöser u. chronischer Diarrhoe, Atonie, Hyperemesis.	bei allen dyspeptischen Erkrankungen und ihren Folgezuständen. In der Rekonvaleszenz, Anämie und Chlorose. Zur Unterstützung von Milchkuren!	bei den Verdauungsbeschwerden nervöser u. überarbeiteter Personen, Appetitlosigkeit; bei Alkohol- und Nikotin-Schäden!

Originalpackungen in den Apotheken zu 25, 50, 100 u. 200 Tabletten zu 1/4 g.
Für Säuglinge: Packung zu 100 Tabletten «Pankreonzucker» (1 Tablette = 0,05 Pankreon und 0,20 Sacch. lact.).

Literatur und Proben kostenfrei.

Akt.-Ges. Chemische Fabrik Rhenania, Aachen.

Vereinigte Chininfabriken ZIMMER & Co. FRANKFURT a/M.

CHINAPHENIN

Geschmacklose Verbindung von Chinin und Phenetidin, bewährtes Mittel bei **Keuchhusten, Influenza, Malaria** und **Neuralgien.**

ARISTOCHIN

Geschmackloses Antipyreticum, gegen **Influenza, Typhus, Keuchhusten** und **Malaria.**

SALOCHININ

Geschmackloser Chininkörper, heilend und schmerzstillend bei verschiedenen **Neurosen,** tadelloses Antipyreticum, speziell auch beim **Typhus,** da reizlos und milde.

(87) 4—3.

RHEUMATIN

Gegen akuten **Gelenkrheumatismus;** wegen völliger Geschmacklosigkeit und Neutralität für Magen und Herz speziell indiziert bei schwersten und empfindlichen Fällen.

Muster nebst Literatur stehen den Herren Aerzten kostenlos zur Verfügung.

Producte aus dem natürlichen dem Wasser entzogenen Salze

VICHY

(4) 17—16.

Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

PASTILLES VICHY-ÉTAT — 2 oder 3 Bonbons nach dem Essen fördern die Verdauung.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT — zur Selbst-Bereitung des alkalisch moussirenden Wassers.

Das erste Moorbad der Welt

FRANZENSBAD

besitzt die stärksten Stahlquellen, leichtverdauliche Eisensäuerlinge, alkalische Glaubersalzwässer, Lithionsäuerlinge.
Natürliche kohlensäurereichste Stahl-, Mineral-, Sool- und Strombäder, heilkräftige Moorbäder, Dampf-, Heissluft-, elektrische Wannen- und Lichtbäder, medico-mechanisches Institut, Inhalatorium.

Oesterreichs hervorragendstes Herzheilbad.

Bewährt bei: Blutarmut, Bleichsucht, Rheumatismus, Gicht, Nervenkrankheiten, Frauenkrankheiten, Herzkrankheiten.

Saison Mai bis September. *Prospekte gratis.*

(38) 12—1.

KURORT HAPSAL.

Am baltischen Strande in Estland. Dampfer- u. Eisenbahnverbindung.
Saison vom 20. Mai bis zum 1. September.

Schlammbäder, Fichtennadel-, Salz-, Eisen- und Dampfwannen. Nauheimer kohlensaure Bäder. Die wärmsten Seebäder am baltischen Strande, mittlere Meerestemperatur 17,6° R. Massage-, Elektrizität- und Mineralwasser-Kuren. Privatklinik des Dr. von **Krusenstiern** mit gut eingerichteten Honoratioren-Zimmern. Gesundes Klima, reinste, stärkende Seeluft, Tannenwaldungen und ausgedehnte Seepromenaden, deshalb speziell indizirt bei Schwächezuständen des Kindesalters jeglicher Art. Jährlich über 3000 Kurgäste, die an den verschiedenen Arten von Rheumatismus, Gicht, chronischen Affektionen der weibl. Sexualorgane, Skrophulose etc. litten. Musik, Theater, Konkerte, Tanzabende, Spielplätze für Lawn-Tennis, Bodjo etc. Geschützte Meeresbucht zu Bootfahrten mit Segel-, Ruder- und Paddelböten. Volle Pension zu mässigen Preisen. Broschüre u. Auskünfte über Wohnung durch die

(36) 5—1. **Bade-Kommission.**

Im Deutschen Alexander Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger** und **Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich.** Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petb., W. O., 4 Linie, 5 zu richten. Sprechstunden tägl. ausser Mittwoch u. Sonntag v. 4—6 U. Telephon 20557.

№ 11 St. Petersburg, den 18. (31. März). **1906.**

Balneotherapie bei Cor adiposum (Fettherz).

(Vortrag, gehalten auf der 77. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Meran im September 1905).

Von

Dr. Maurus Fisch — (Wien-Franzensbad).

(Schluss.)

Demnach ist und bleibt die einfache Blutdruckmessung, ganz egal ob mit dem Gärtner'schen, mit dem Riva-Rocci'schen, mit dem Sahli'schen oder mit dem Basch'schen Tonometer gemessen, unter Beobachtung der hiezu erforderlichen physikalischen (bei Vertikalstellung als auch bei Horizontallage des Kranken stets in Herzhöhe gemessen) und klinisch gleichen Bedingungen, als Kontrolle der Pulsbeschaffenheit und der auskultatorisch-perkutorischen Erscheinungen — die absolut sicherste und am genauesten orientierende Methode zur diagnostischen Beurteilung der funktionellen und geweblichen Veränderungen des Herzmuskels, die uns eine rationelle Handhabe bieten kann, nicht bloss die Schwankungen der Herztätigkeit bei irgend welchem Herzleiden zu verfolgen, sondern uns sogar in unserem ärztlichen Gedankengang zu leiten, wie wir am besten zu einer einsichtsvollen Behandlung gelangen und eventuelle therapeutische Massnahmen auch rechtfertigen können.

Nur die auf solch selbstmögliche Kontrolle aufgebaute Funktionsprüfung wird zu dem gewaltigen praktischen Ergebnis führen, das allein für den Kranken von wirklichem Werte ist.

Auf die anderen, sich von Tag zu Tag mehrenden funktionell-herzdiagnostischen Prüfungsmethoden, wie: die Bestimmung und Feststellung der Herzgrenzen, sei es nach der heute bereits exaktesten Durchleuchtungsmethode mit Röntgen-Strahlen oder nach der Bianchi-Smith'schen Friktionsmethode — hier des Näheren einzugehen, halte ich für überflüssig, da gerade bei Fettumwachsung des Herzens die beiden Funktionsprüfungsmethoden noch eines ausschlaggebenden, kritischen Endurteiles harren.

Nach allem Gesagten erübrigt es, nunmehr auf die Therapie und im speziellen auf die Balneotherapie des Fettherzens des Näheren einzugehen.

Die Behandlung des Fettherzens mittelst balneotherapeutischer Massnahmen ist eine von jeher gepflogene Methode und hat ihre Anhänger in allen Kreisen der praktischen Aerzte schon seit langem gehabt und bewahrt; da wir vermittelst der balneotherapeutischen Massnahmen sowie einer den Gesetzen des Stoffwechsels Rechnung tragenden und den individuellen Verhältnissen des Einzelfalles entsprechende Veränderung der Ernährung und Lebensweise imstande sind, das Herz in schonender und allmählicher Weise vom Fettballaste zu befreien und die motorische Kraft des Herzmuskels zu fördern und zu steigern.

Was die Ernährungsveränderung anbelangt, so herrschen hierbei bezüglich der zu gewährenden Qualität der Nahrungsmittel sehr verschiedene Ansichten, bezüglich der Quantität dagegen sind ganz allgemeingültige Regeln aufgestellt, die dahingerichtet sind, dass eine Herabsetzung der Nahrungsmenge auf ein geringeres als dem Fettleibigen bislang gewohntes Mass festgesetzt, jedoch mit Berücksichtigung dessen, dass über die s. g. Erhaltungskost, die zum stofflichen Bestande des Körpers unbedingt erforderlich ist, nicht hinausgegangen werde.

Die Nahrungsmenge, die zum stofflichen Gleichgewicht nötig ist, muss nach v. Noorden, auf den Tag und auf das Körperkilo berechnet, einen Brennwert haben von 30—35 Calorien in völliger Ruhe (Bettruhe), 35—40 Calorien bei leichter Beschäftigung, 40—45 Calorien bei mittlerer Arbeitsleistung, 45—60 Calorien bei angestrengter Muskelarbeit. Für das kindliche Alter sind diese Zahlen um circa $^1/_3$ zu erhöhen, für das Greisenalter um ca. $^1/_4$ zu erniedrigen. Wesentliche Unter-

schiede für das männliche und das weibliche Geschlecht bestehen nicht. Die angegebenen Zahlen beziehen sich auf „mittleren Ernährungszustand“, bei Fettleibigen sind sie um 20—25 pCt. geringer, bei sehr mageren Leuten um ebensoviel höher zu veranschlagen, da das Fett zwar das Körpergewicht vermehrt, sich aber am Stoffumsatz nicht beteiligt.

Bei Fettleibigen können mitunter während einer Entfettungskur diese Werte durch kurze Zeit wesentlich, sogar bis auf die Hälfte und weniger herabgesetzt werden, insbesondere in jenen Fällen, wo die von manchen Autoren in widersprechendster Weise empfohlene Körperbewegung seiner geschwächten Herztätigkeit wegen unzuträglich ist.

Es leuchtet ja ein, dass man einem solchen Kranken, der nicht gehen darf oder eine angestrengte geistige Beschäftigung nicht verrichten kann, keine so grosse Wärmeproduktion wird zumuten können, weil der Körper mit so grosser Nahrungsmenge nichts anzufangen weiss und der Darm sodann schon einen guten Teil nicht ausnützen wird, dagegen damit beschwert, dem Kranken auf die Dauer nicht gut bekommen muss.

Was zuviel an Nahrung zersetzt wird, das kann der Körper nur durch vermehrte Wärmeabgabe in anderer Hinsicht, besonders durch vermehrte Respiration und Zirkulation loswerden; also es würde geradezu hierdurch beim „Fettherz“ dem Prinzipe der „Herzschonung“ entgegengearbeitet werden, was wir jedoch gewiss nicht bezwecken wollen.

Die gegenwärtig bestehenden Normen bezüglich der Qualität der gebotenen Nahrungsmittel sind so vielgestaltig, dass es einem schwer fällt, aus denselben stets das Richtige zu wählen. Wenn man dabei stets von der Erwägung geleitet wird, dass dem Calorienbedarf des Fettleibigen nur dann wirklich entsprochen werden kann, wenn die Nahrungszufuhr in jedem Einzelfalle auf den Grad der Fettleibigkeit und der damit einhergehenden Herzbeschwerden, auf das Alter, auf die körperliche Grösse, auf die Gewohnheiten, auf die Blutbeschaffenheit des Individuums sorgfältig Rücksicht nimmt, so kann es sich nahezu gleichbleiben, welche der hier folgenden Normen zur Anwendung gelangen.

V. Noorden hat die Nahrungszufuhr bei Entfettungskuren im Durchschnitt, bei geringer bis mässiger körperlicher Arbeit, auf ca. 2500 Calorien festgesetzt und unterscheidet, von dieser Basis ausgehend, zunächst drei Grade der Entfettungsdiäten: Der erste Grad mit etwa $^4/_5$ des berechneten gewöhnlichen Bedarfs (ca. 2000 Calorien), die bei rüstigen Leuten 2—4 Pfund des Körpergewichtes im Monate zu beseitigen ermöglicht; der zweite Grad mit etwa $^3/_5$ des gewöhnlichen Bedarfs (ca. 1400—1500 Calorien), wobei 4—6 Pfund des Körpergewichtes im Monate schwinden kann. Der dritte Grad der Entfettungsdiät, durch welche die Nahrungszufuhr bis auf $^2/_5$ des Bedarfs (ca. 1400—1000 Calorien), mit einem Gewichtsverluste von 6—12 Pfund im Monate, herabgesetzt werden kann, ohne besondere Muskelarbeit in Anspruch zu nehmen, also bei ganz ruhigem Verhalten. Die Mischung der Hauptnahrungsbestandteile (Eiweiss, Fett und Kohlehydrate) ist bei den ersten zwei Graden der Entfettungsdiät von untergeordneter Bedeutung. Die Entziehung geht nicht so weit, dass eine Gefährdung durch die Einseitigkeit der Nahrungszufuhr gefürchtet werden müsste. Dagegen ist die Frage, wie dies Verhältnis bei der Entfettungsdiät dritten Grades eingehalten werden müsse, speziell bei Heranziehung der Balneotherapie zur Behandlung des Fettherzens eingehenderer Erörterung wert.

Das calorische Aequivalent bei der Verbrennung der Hauptnahrungsbestandteile beträgt ungefähr folgende Werte:

1 Grm. Eiweiss liefert bei der Verbrennung ca 4,1 Calorien.

1 Grm. Kohlehydrate liefert gleichfalls ca. 4,1 Calorien.

1 Grm. Fett liefert bei der Verbrennung ca. 9,1 Calorien.

(Bei Ruhe oder leichter Arbeit bedarf der erwachsene Mensch laut bereits mehrfach festgestellter Berechnung pro Tag minimum 100 Grm. Eiweiss, 400 Grm. Kohlehydrate, 60 Grm. Fett, d. i. = 2500 Calor.)

Eine genaue Uebersicht der allgemein üblichen Diätschemata ist in folgender Tabelle enthalten:

Diätschema nach:	Eiweiss	Kohlehydrate	Fett	Calorien.
Banting-Harvey	172 Grm.	81 Grm.	8 Grm.	1100 (Ca.)
Oertel: Maximum	170 »	120 »	45 »	1600 »
Minimum	156 »	75 »	25 »	1180 »
Ebstein	102 »	47 »	85 »	1300 »
Maximum	139 »	67 »	65 »	1400 »
Hirschfeld:				
Minimum	100 »	50 »	41 »	1000 »
Plethor. Adipos.	160 »	80 »	11 »	1086 »
Kisch:				
Anämische Adip.	200 »	100 »	12 »	1116 »
v. Noorden	155 »	112 »	28 »	1366 »
Voit	118 »	150 »	40 »	1463 »

Aus diesen Diätschemata geht hervor, dass die Mehrzahl der Autoren (Banting-Harvey, Oertel, Kisch, v. Noorden und Voit) bei verhältnismässig hoher Eiweisszufuhr eine Entfettung zu erzielen beabsichtigt, wohingegen bloss Ebstein und Hirschfeld bei geringerer Eiweisszufuhr dasselbe zu erreichen trachten. Wenn auch v. Noorden mehr der Technik als der Theorie oder dem Prinzipe die befriedigenden Erfolge bei höherer Eiweisszufuhr zuschreibt, so kommt er aber doch zu der Einsicht, dass in vielen Fällen dieses Prinzip nicht gut durchführbar ist, — wie z. B. bei fettleibigen Frauen, die grosse Fleischmengen nicht konsumieren können, — und in solchen Fällen empfiehlt er, lieber die Theorie zu opfern und sich an die Bedingungen des Einzelfalles zu halten.

Schon seit einer Reihe von Jahren hatte ich vielfach Gelegenheit, mich mit der Balneotherapie der chronischen Zirkulationsstörungen zu beschäftigen, und da lag es ja nahe, meine Aufmerksamkeit auch der Diätotherapie dieser Leiden zu widmen.

Bisher hatte man bei der Behandlung des Fettherzens mittelst balneotherapeutischer Massnahmen auch dem Prinzipe der höheren Eiweisszufuhr gehuldigt, aber leider nicht mit dem von Kisch so sehr gepriesenen Erfolge. Nicht doch etwa deshalb, als wenn dieses Prinzip bei «Fettherz» nicht anwendbar wäre! Die Entfettungsdiät von Kisch, kombiniert mit balneotherapeutischen Massnahmen galt seinen s. g. «plethorischen» und «anämischen» Fettleibigen, bei welchen vielmehr die Adipositas universalis als das Cor adiposum die Hauptbeschwerden verursachten.

Da ich aber zumeist Gelegenheit habe, an wahrem «Fettherz» und an «fettiger Degeneration des Herzens» leidende Patienten balneotherapeutisch zu behandeln, so sah ich mich genötigt, einer anderen diätetischen Methode, u. zw. derjenigen von Ebstein zuzuwenden, die ich in vorgenannten Fällen für geeigneter und zweckentsprechender gefunden hatte.

Für die Einnahme dieses Standpunktes schienen mir folgende Erwägungen massgebend: Fängt der Fettleibige

nur irgendwelche geringfügige Symptome zu zeigen die auf eine Beeinträchtigung der Herzfunktion schliessen lassen, so sind bereits die Zirkulationsstörungen, wenn auch noch so geringen Grades, das vorherrschende Moment, das eingehende und sorgfältige Berücksichtigung zu finden hat. Bei Herzkranken gelten eigentlich keine besonders strenge Diätvorschriften, sondern das Hauptgewicht ist auf die Menge der Nahrung zu legen, damit nur das Herz keine allzu grosse funktionelle Arbeit zu leisten hat. Das Allerwichtigste ist und war von jeher in der Diät bei Herzkranken, niemals über ein gewisses Quantum hinaus zu gehen. So wurde die tägliche Flüssigkeits- und Nahrungsmenge eines Herzkranken schon von alters her auf ein Optimum der Erhaltungskost im Calorienwerte von 1250—1450 Calorien festgestellt (Hoffmann).

Mir war es daher bei der Herabsetzung des Stoffwechselverbrauches hauptsächlich darum zu tun, dieselbe dem individuellen Einzelfalle angepasst und leicht bekömmlich zu ermöglichen, d. h. die an etwas grössere Nahrungszufuhr gewöhnten fettleibigen Herzkranken die Entbehrung in dieser Hinsicht nicht allzu hart fühlen zu lassen; und aus diesem Grunde schien mir das Prinzip Ebstein's, dass eine etwas fettreichere und eiweissärmere Nahrungszufuhr im verhältnismässig gleichem Calorienwerte das Durst- und Hungergefühl vermindere, als Hauptmoment in der Diät bei fettleibigen Herzkranken.

Bei fettleibigen Herzkranken und bei an fettiger Degeneration des Herzens Leidenden, bei denen man wohl für eine vermehrte Respirations- und Zirkulationstätigkeit und hierdurch auch für eine vermehrte Wärmeabgabe des Körpers Sorge zu tragen hat, aber nicht einfach durch die Diät allein oder durch besonders anstrengende und strapazierende Muskeltätigkeit, wie Oertel durch Bergsteigen und Kisch in Marienbad es ebenfalls empfiehlt, — trachte ich diese vermehrte Wärmeabgabe des Körpers, wie auch die Vermehrung der Respirations- und Zirkulationstätigkeit nebst der Diät à la Ebstein noch mit verschiedenen anderen Komponenten durchzuführen, wobei ich aber vor allem die Vorsicht obenan stelle, dass mit Rücksicht auf die gegebene Herzschwäche die Entfettung sich nur langsam vollziehen darf und daher niemals schablonenmässig vorgegangen wird.

Betrefs der übrigen, nebst der Diät, noch in Betracht kommenden Komponenten, die ich zur Balneotherapie des Fettherzens in Anwendung ziehe, will ich gleich von vornherein betonen, dass dieselben eigentlich die Hauptfaktoren der Behandlung des „Fettherzens" und der fettigen Degeneration des Herzmuskels, welcher Ursache immer, bilden; gerade so, wie dies bei der Balneotherapie der chronischen Herzkrankheiten im allgemeinen der Fall ist.

Obenan stelle ich eine rationell-systematische 4—5-wöchentliche Badekur mit einer Serie von 20—25 Mineralwasserbädern, in welchen die wirksamen Bestandteile (am zweckentsprechendsten der Gehalt an natürlicher Kohlensäure und Chloriden) in genauester Dosierung eine aszendierende Abstufung aufweisen, d. h. in welchen dem Prinzipe der „Herzschonung" und „Herzübung" entsprechend das Verhältnis der Kohlensäuremenge zur Salzmenge in rationellster Weise zur Geltung gelangt, wie ich dies bereits in meinen Publikationen und Vorträgen über die Kohlensäurebäderbehandlung des öfteren betonte.

Denn, wenn irgendwo, so ist es gerade bei der Kohlensäurebäderbehandlung fettleibiger Herzkranken — d. h. solcher Herzkranken, die an Fettumwachsung oder an fettiger Degeneration des Herzens leiden, — in erster Linie unbedingt notwendig, dass dies richtige Verhältnis des CO_2-quantums zum Salzquantum im Mineralwasserbade eingehalten werde.

Denn nur durch die Ermöglichung einer rationell-systematischen Abstufung der chemischen, mechanischen und thermischen Reizwirkung, die wir am besten durch natürliche Kohlensäure- und soolehaltige Mineralwasserbäder erzielen, — können wir auch am sichersten günstig auf eine geschwächte Herztätigkeit und Blutzirkulation einwirken, indem durch die Summierung der in den einzelnen Bädern erfolgten sofortigen und nachhaltenden arteriellen Fluxionen der Haut, Erweiterung der peripheren und Verengerung der inneren Gefässe, je nach Bedarf Steigerung des Blutdruckes, Verlangsamung, resp. Kräftigung des Pulses, Erhöhung des Volumens bei jeder Herzsystole, kurz gesagt: eine Stärkung des Herzmuskels und somit eine Erleichterung der Herzarbeit für die Dauer erreicht wird.

Die auf diese Weise gegebene Möglichkeit, durch genauest dosierte chemische, thermische und mechanische Reize die Erleichterung der Herzarbeit zu bewerkstelligen, dürfte es gewiss auch überflüssig machen, bei an „Fettherz" und „fettiger Degeneration des Herzens" Leidenden die von so vielen Autoren (Oertel, Kisch etc.) stets betonte Uebung und körperliche Bewegung anzuwenden, welche für den „fettleibigen Gesunden" durch Kräftigung der willkürlichen Muskeln und durch Vermehrung der Muskelfibrillen einen Schwund des durch dieselben wuchernden Fettes ganz gut herbeizuführen vermag, aber auf die Ernährung des Herzens und auf seine Leistungsfähigkeit durch die beschleunigte Atmung, lebhaftere Inervation und angebliche Vermehrung der Erythrocyten gewiss nicht so günstig einwirken kann, da eine genaue Dosierung dabei schwer möglich ist.

Als eine weiters in Betracht kommende balneotherapeutische Massnahme bei dem in Rede stehenden Leiden möchte ich die Trinkkur, namentlich alkalisch-salinischer Quellen anführen, gleichzeitig bemerkend, dass durch dieselbe niemals eine Erhöhung des Stoffverbrauchs unter Steigerung der Oxydation auch direkt einen stärkeren Fettverbrauch zu erzielen, oder auch nur durch Anregung reichlicher Harnabsonderung und Erreichung stärkerer breiiger oder flüssiger Stuhlentleerungen auf die durch das „Fettherz" bedingten Stauungserscheinungen im Zirkulationsapparate günstig einzuwirken — wie Kisch meint — möglich ist, weil diese Quellen, wenn sie irgend einen der vorangeführten Effekte zur Folge haben sollen, zumeist in solchen Quantitäten getrunken werden müssten, wie sie einem Herzkranken nicht zugemutet werden können und dürfen.

Denn die ersten Erscheinungen, welche auf erschwerte Herzarbeit infolge der allgemeinen Fettzunahme und Fettumwachsung, selbst bei noch scheinbarer vollkommener Integrität des Herzens, deuten, sind Stauungserscheinungen des Magen-Darmtraktes im Gebiete des Pfortadersystemes mit dem Bilde der von Kisch bezeichneten Plethora abdominalis. Und in solchen Fällen ist eine Darreichung alkalisch-salinischer Mineralquellen selbst in dem für Herzkranke statthaftem Masse auf die Dauer gewiss nicht wirksam, weshalb man sich in solchen Fällen genötigt sieht, von den die Dyspepsie und die Darmatonie bekämpfenden medikamentösen und anderweitigen unterstützenden Mitteln zeitweilig den ausgiebigsten Gebrauch zu machen.

Dagegen möchte ich mir gestatten, Ihre werte Aufmerksamkeit auf einen, wie mir meine diesbezüglich gesammelten Erfahrungen gezeigt hatten, ganz neuen,

interessanten Komponenten in der Behandlung des «Fettherzens» zu lenken, der, die Trinkkur unterstützend, viel eher berufen sein dürfte, einen sehr wichtigen Faktor in der gegen die einzelnen Symptome der durch «Fettherz» oder durch «fettige Degeneration» entstandenen Herzinsuffizienz gerichteten Behandlung abzugeben.

Dieser neue Komponent ist die Essentia Spermini-Poehl, kombiniert mit einer mässigen Trinkkur alkalisch-salinischer Mineralquellen.

Die kombinierte Anwendung organo-therapeutischer Präparate in der Behandlung der Fettleibigkeit ist bekanntlich kein Novum.

Ich erinnere nur an die vor mehr als 10 Jahren von dem Münchener v. Hoeslin eingeführte Entfettungsmethode durch folgende 4 Komponenten: eine modifizierte Ebstein'sche reine Fett-Eiweiss-Diät, gleichzeitige Anregung des Stoffwechsels durch Hydrotherapie, die Vermehrung der Oxydationsprozesse durch gesteigerte Muskelbewegung und endlich durch Darreichung der Thyroeidintabletten.

Wenn diese Methode, die sich zu jener Zeit eine besonders grosse Popularität erwarb, alsbald aber als eine nicht so harmlose Methode hingestellt worden ist und demzufolge heute noch kaum irgend welche Anhänger mehr hat, so dürfte dies darin seine Erklärung finden, dass die genaue Wirkung und richtige Dosierung des hierbei verwendeten organotherapeutischen Präparates mit Rücksicht auf das Herz nicht genügend gewürdigt worden ist.

Dagegen ist das von mir angewandte organotherapeutische Präparat das Sperminum-Poehl ein speziell für das Herz nicht nur unschädliches, sondern im Gegenteil direkt günstig beeinflussendes, und, wie Sie hören werden, sehr wirksames Präparat, welches laut den physiologisch-experimentellen Untersuchungen an Thierversuchen und laut den klinischen Beobachtungen am Krankenbette zumindest noch niemals schädlich aufs Herz eingewirkt hat.

Aus diesem Grunde und von der Beobachtung des Leibmedikus des russischen Zaren, Dr. v. Hirsch, der am Krankenbette zuerst Puls und Herzarhythmien durch die Essentia Spermini-Poehl schwinden gesehen hatte, — ausgehend, entschloss ich mich die Essentia Spermini-Poehl auch in mehreren Fällen von infolge „Fettherz» und «fettiger Myodegeneration» aufgetretenen Herz- und Pulsarhythmien ebenfalls anzuwenden, und zwar liess ich gewöhnlich 15—20 Tropfen in je 100 Grm. gewärmter Natalie-, Salz- oder Wiesenquelle früh ganz nüchtern, unmittelbar vor dem Essen zu Mittag und in den Nachmittagsstunden, also dreimal täglich nehmen, wobei ich mich von dem tatsächlichen Schwinden der Puls- und Herzarhythmien in viel kürzerer Zeit als mit anderen Mitteln überzeugen konnte.

Bezüglich der theoretischen Erklärung dieser so günstigen Wirkung des Spermins, kombiniert mit den Mineralquellen kann ich somit der Ansicht Poehls nur beistimmen und die Einwirkung des Spermins derart auffassen, das dasselbe bei Cor adiposum einerseits die Oxydation des Fettes befördert, anderseits eine Erleichterung der Herzarbeit infolge der durch Sperminwirkung erhöhten Spannung des osmotischen Druckes in den Nieren bewirken dürfte.

Diese theoretische Erklärung, sowie auch ähnliche Beobachtungen sind auch noch von einer grossen Anzahl anderer, zumeist russischer Autoren, wie Maximowitsch, Pantschenko, Kostjurin, Filipps und namentlich Prof. Kuljabko, der durch physiologische Tierversuche direkt den Beweis erbrachte, dass durch die Einwirkung vom Sperminum-Poehl erstens die Oxydationsprozesse erhöht werden, zweitens aber der durch die geschädigte Respiration und Zirkulation herabgesetzte osmotische Druck zur Norm gebracht wird und drittens im Organismus vorhandene Toxine infolge der grossen Energie der Oxydationsprozesse entgiftet oder zerstört werden, — bestätigt worden. So hat auch Dr. Kakowsky unter der Leitung von Prof. Kobert in Rostock zur Charakteristik der Herzarbeit sphygmographische Kurven angeführt, die er bei seinen Versuchen an isoliertem Kaninchenherzen vorgenommen hatte, die dartun sollen, wie die nach Digitalisinfus nicht zu beseitigende Herzarhythmie nach Injektion von Sperminum-Poehl (1 : 6600) vollkommen gewichen ist und sogar eine stärkere Erweiterung der Coronararterien und somit eine bessere Ernährung des Herzmuskels mit Blut bewirkte.

Die grosse Versuchsreihe Dr. Kakowskys förderte ganz interessante Tatsachen zutage, er schreibt dem Sperminum-Poehl nicht blos günstige Beeinflussung der Arhythmien zu, sondern auch eine günstige Beeinflussung anderer Anomalien der Herzfunktion (Bradykardie), wie sie nach Vergiftungen des isolierten Herzens mit Herzgiften (Digitoxin) aufzutreten pflegen. Diese Versuchsresultate Kakowskys stimmen vollkommen mit den Beobachtungen von Filipps und den übrigen Autoren am Krankenbette überein, die konstatieren konnten, dass die so beängstigende kumulative Wirkung von Digitalis nicht nur mit Sperminum-Poehl beseitigt, sondern ihr auch vorgebeugt werden kann.

Jedenfalls dürften die Versuche von Kuljabko und Kakowsky geeignet sein, auch eine Erklärung abzugeben für die Beobachtungen, welche Leibmedikus Dr. v. Hirsch zuerst am Krankenbette über die günstige Wirkung der Essentia Spermini-Poehl auf die Herzarhythmie, sowohl funktionellen wie auch organischen Ursprungs gemacht haben soll und die auch ich bei einer ziemlichen Anzahl von an „Fettherz“ und an „fettiger Myodegeneration“ des Herzens Leidenden mit vorgeschrittener muskulärer Herzschwäche und konsekutiver Herz- und Pulsarhythmie bestätigt finden konnte.

Die Anwendung von Sperminum-Poehl pro clysmata bei Herzleiden und konsekutiven Stauungsödemen widerrät Poehl, da er auf Grund physiologisch-chemischer Reflexionen die Anwendung von Sperminklysmen mit physiologischem Salz beim Oedem nicht für zweckmässig hält, namentlich deshalb, weil beim Oedem offenbar, infolge der unzureichenden Nierenfunktion osmotisch-wirksame Bestandteile in den Gewebssäften sich anhäufen und das Oedem als eine Selbstschutzvorrichtung des Organismus zur Entlastung der Gewebssäfte von übermässig osmotischem Drucke auftritt. Dagegen soll Essentia Spermini-Poehl per os und das Sperminum-Poehl pro injectione laut klinischen Beobachtungen und laut den angeführten, physiologisch-experimentellen Tierversuchen gerade die Nierenfunktion erleichtern und somit durch die Verringerung der Nierenreizung auf das Herz andauernd tonisierend einwirken.

All diese Erwägungen mir zu Nutzen machend, erblicke ich selbst im Sperminum-Poehl einen nicht zu unterschätzenden und wichtigen Komponenten in der Balneotherapie des Cor adiposum, wo die Herzbeschwerden im Vordergrund des Leidens stehen.

Als nächsten, ebenso wichtigen Komponenten, wiewohl ebenfalls nicht balneären Charakters, in der Balneotherapie des Cor adiposum möchte ich die Mechanotherapie anführen.

Doch bei der Behandlung des „Fettherzens“ und besonders bei den vorgeschrittenen Stadien des Cor adiposum, wo nur die geringfügigsten Stauungserscheinun-

gen bestehen, wie mässige Oedeme an den Beinen, wenn auch nicht gerade als Folge einer Nierenreizung, ist eine Muskelübung nach Art des Zander'schen „Gerätturnen“ oder gar als Sport betriebenen Körperübungen, wie das seinerzeit so vielfach empfohlene „Radfahren» vorsichtshalber zu widerraten.

Hierbei möchte ich mir gestatten, Sie, M. H.! auf einen Umstand aufmerksam zu machen, welcher namentlich bei Frauen, ganz egal, ob dieselben bereits mehrfach geboren hatten oder steril geblieben sind, zu konstatieren ist, und zwar der zumeist bei anaemisch-fettleibigen Frauen vorzukommen pflegt, und sich in der Ausbildung von Plattfüssen äussert, ein Befund, den ich in den meisten mit dieser Frage sich beschäftigenden Arbeiten leider gar nicht oder wenigstens ungenügend gewürdigt vorgefunden habe. Die Plattfussentwicklung im späteren Alter ist zumeist eine Folgeerscheinung bei Individuen, die die Füsse durch fortwährendes Stehen bei angestrengter Arbeit belasten, aber auch eine gar häufige Begleiterscheinung bei fettleibigen Individuen, hervorgerufen durch die Belastung der Beine infolge des grossen Körperübergewichtes, so sehr, dass es zu Oedemen der Beine an den Tibien und Knöcheln kommt, wobei zumeist Spuren von Eiweiss, jedoch ohne Nierenelemente im Harne zu finden sind.

Diese Zustände, ganz egal, ob mit gleichzeitig bestehenden Varices kompliziert oder einfach für sich als Oedem mit Plattfuss bestehend, trotzen jedweder energischen Behandlung, und bilden von vornherein die Notwendigkeit einer Beschränkung der übermässigen Körperbewegungen. Das hierbei einzige und üblichste therapeutische Verfahren besteht bekanntermassen in der Bandagierung der Beine mit Flanell-, Gummibinden oder Tragen von genau passenden elastischen Strümpfen und gleichzeitigem Anhalten zur Benützung von Plattfussschuheinlagen, und wenn dies nicht sofort hilft, so tut man gut, derartige fettleibige Herzkranke eine Zeitlang im Rollwagen fahren zu lassen, bis die vorerwähnten Massnahmen allein ausreichen, die Oedeme und die mit dem Plattfuss einhergehenden oft unerträglichen Schmerzen zu verhüten.

In den meisten Fällen ist überschüssige Harnsäure auch noch nebstbei vorhanden und kann in solchen Fällen die fettige Myodegeneration des Herzens dem Stadium der Herzmuskelinsuffizienz nur näher bringen, namentlich, wenn man die bei dem Vorhandensein von überschüssiger Harnsäure im Harne so sehr empfohlene Körperbewegung oder gar stundenlanges Bergsteigen in Anwendung bringt.

Ich bin fest überzeugt, dass jeder praktische Arzt sich all dieser Umstände ganz gut bewusst ist, auch sich die Deutung derselben richtig zurecht legen kann, aber leider die Durchführung der vorerwähnten, so einfach und dennoch äusserst rationell scheinenden Massnahmen nicht energisch genug seinen Patienten gegenüber zur Geltung bringen lässt.

Wie oft hatte ich und wahrscheinlich Sie alle, M. H.! Gelegenheit zu hören, dass solche Frauen, doch ebenso gut auch Männer, nachdem sie oft jahrelang mit geschwollenen Beinen und Plattfüssen in gebirgigen Kurorten, bei dem dabei erforderlichen Bergsteigen, sich trotz dieser Beschwerden mehr als ihnen zuträglich abmühten, bloss, um einige Kilo ihres Körpergewichtes in der Kurzeit zu verlieren, — nunmehr es weiter nicht mehr aushalten, da sie bei ihrer wohl äusserst mässigen Lebensweise und mässiger Körperbewegung des Abends wie zerschlagen sind und ihre Beine vor Schmerzen nicht zu lagern wissen.

Die damit einhergehenden Neuralgien, über den ganzen Körper ausstrahlend, auf reflektorischem Wege ausgelöst, können sodann sehr leicht das Bild der allgemeinen Myositis oder Neuritis und selbst der Hysterie vortäuschen, so sehr, dass der behandelnde Hausarzt in den meisten Fällen über die vielseitigen Klagen des Patienten das so naheliegende ursächliche oder begleitende Moment zu beachten übersieht.

Wahre Wunderkuren kann man mitunter bei Berücksichtigung dieser leider bisher zu wenig gewürdigten Begleiterscheinungen der Adipositas und des daran sich anschliessenden Cor adiposum erzielen, wenn man nur die genügende Energie besitzt, den Patienten die Sache klar und deutlich genug vor Augen zu führen, dass sie die hier erwähnten, so einfachen Massnahmen auch unbedingt befolgen.

Die in solchen Fällen allgemein übliche Anwendung der Massage, Applikation von Moor, Fango, Schlamm, Heissluft, Elektrizität, etc. etc. werden nur sehr selten zu einem günstigen Resultate, sondern mitunter sogar zur Verschlimmerung, zumindest aber zu stärkerer Schmerzempfindung führen; hingegen bei gleichzeitiger Anlegung von elastischen Binden und Tragen von Plattfussschuheinlagen können die vorerwähnten Massnahmen als schmerzlindernde und resorptionsfördernde Heilfaktoren ganz vorzüglich mit in Betracht gezogen werden.

Als eine weitere und ebenfalls zu berücksichtigende Begleiterscheinung bei an Cor adiposum Leidenden verdient noch die Enteroptose erwähnt zu werden, da dieselbe zumeist ebenfalls bei anämischen Personen, die eine gewisse Schlaffheit der Gewebe, Bauchdecken und Bandapparate voraussetzen lassen, vorzukommen pflegt. Gewöhnlich pflegt vorheriger Fettbauch in die Enteroptose so sehr begünstigende Erschlaffung der Bauchdeckenmuskulatur auszuarten und hierdurch gewiss vielfach auch zu Zirkulationshindernissen im Unterleibe Veranlassung geben.

Das Tragen von Bauchbinden, noch besser aber von s. g. Bauchkorsetts, die ich meinen Patienten stets direkt anfertigen lasse, wird in solchen Fällen ganz ausgezeichnete Dienste leisten und mitunter auch gewisse Störungen bei fettleibigen Herzkranken beseitigen oder direkt vorbeugen helfen.

Nicht gerade zu allerletzt ergibt sich oft die Notwendigkeit, auch mittelst Medikamente auf die Herzbeschwerden resp. auf das Herzgewebe selbst einzuwirken und von den s. g. Herzmitteln ausgiebigen Gebrauch zu machen, namentlich, um eine allgemeine Herzinsuffizienz zu bekämpfen, stärkere, oft spontan auftretende Atembeschwerden zu beseitigen, die an den Beinen sich geltend machenden Stauungsoedeme, als Folge einer bestehenden Albuminurie, fortzuschaffen oder Anfälle von kardialem Asthma zu koupieren. Die noch immer dominierende Wirkung der Digitalis und ihre Vertreter werden mitherangezogen, um stimulierend auf das Herz zu wirken. Bei Ueberhandnehmen von Stauungserscheinungen wird man nebst Digitalis auch die Diuretica, wie z. B. Diuretin, Urea, Acet. Scillae etc. oder die Drastica und Diaphoretica ebenfalls in Anwendung zu ziehen haben.

Wenn bei noch gutem, kräftigem Herzzustande vorübergehende Asthmaanfälle auftreten, ferner bei Komplikationen von Arteriosklerose soll der Gebrauch von Jodkalium auch von Nutzen sein. Bei quälendem Asthma cardiale wird man nicht vergessen dürfen, an die verschiedensten Excitantien (wie Aether, Kampher, Castoreum, Valeriana, schwarzer Kaffee, Alkoholika, Hautreize auf die Brust durch Sinapismen, Reiben und Bürsten der Extremitäten, heisse Applikationen auf Hände und Füsse) — zu denken und von den Narkoticis nur vorsichtigen Gebrauch zu machen, um keine Cheyne-

Stokes'sche Respirationen heraufzubeschwören; dagegen sind Einatmungen von Sauerstoff von bedeutendem Werte.

Zum Schlusse will ich noch erwähnen, dass in einem derartig kritischen Falle schon die ganze Legion all dieser Mittel nebst 5 Ballon Sauerstoffinhalation bereits ihre Wirkung versagt hatten, als ich zu dem Falle als Dritter gerufen, erst nach 1½-stündiger Herzmassage mit Aufmunterung zu sakkadierter Atmung den Asthmaanfall total bekämpfte und der Patient nachher noch eine 5wöchentliche Kur mit gutem und sichtbar dauerndem Erfolge absolvierte, welcher Fall mir nur die vortreffliche Behauptung Prof. Kisch's bestätigen konnte, nämlich: „dass der Arzt selbst in den verzweifeltesten Fällen nicht den Mut sinken lassen darf, sondern mit vollster Energie einen Kampf um das Leben aufnehmen muss", — denn tatsächlich nur durch unermüdliche Aufmunterung und Aufforderung des Patienten, die sakkadierte Atmung zu versuchen und einzuhalten, hatte es mir ermöglicht, unter Aufwendung meiner ganzen physischen Kräfte bei einer zweckentsprechenden Herzmassage, einen so unerwarteten Erfolg zu erringen.

Literatur:

Fr. Hoffmann (Leipzig): Vorlesungen über Allgemeine Therapie. 1888.

V. Leyden (Berlin): Ueber Fettherz. Vortr., geh. im Vereine f. innere Mediz. zu Berlin, 19. Juni, 1882.

Kisch (Prag-Marienbad): Die Herzbeschwerden der Fettleibigen und ihre Behandlung. Deutsch. Klinik. 1901. Bd. IV.

Eichhorst (Zürich): Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie. Bd. I und Bd. IV.

H. Vierordt (Tübingen): Perkussion und Auskultation. 1895.

James Mackenzie (Burnley, Lancs): Die Lehre vom Puls. 1902.

H. Christ: Ueber den Einfluss der Muskelarbeit auf die Herztätigkeit. Inauguraldissertation, Basel, 1894.

A. Staehelin: Ueber den Einfluss der Muskelarbeit auf die Herztätigkeit, mit besonderer Berücksichtigung des Erholungsvorganges der Gewöhnung des Herzens an eine bestimmte Arbeit. D. Deutsch. Archiv f. klin. Med. Bd. 59, Leipzig, 1897.

Fr. Kraus: Die Ermüdung als Mass der Konstitution. Cassel, 1899.

F. Martius: Methodologie als Einleitung in die Lehre von den Herzkrankheiten. Deutsche Klinik. 1901. Bd. IV. 2 Abt.

Gräupner: Die Konstitutionsbedingungen des Herzmuskels. Balneologenkongr. 1901. Deutsche Aerztezeitung 1901.

Mendelsohn und Gräupner: Die Erholung als Mass der Herzfunktion. Kongr. für innere Medizin. 1901.

Fisch (Franzensbad-Wien): Ueber die Vielseitigkeit der Heilmittel Franzensbads und seine Indikationen. Balneol. Kongress, Berlin, 1901.

Ibidem: Die Behandlung der Herzkrankheiten in Franzensbad. Wiener Med. Wochenschrift, 1901. Nr. 16 und 17.

Ibidem: Kombinierte Herztherapie. Vortr., geh. a. 23. Balneol. Kongr. in Stuttgart, 10. März, 1902 Deutsche Aerztezeitung, 1902.

Fisch (Franzensbad-Wien): Der Blutdruck als Mass der Herzfunktion. Vortr., geh. a. 24. Balneol. Kongr. i. Berlin, 1903. 7. März. Deutsche Aerztezeitung 1903, und Balneologische Zentralzeitung, 1903, Nr. 18 u. 19.

Moritz: Der Blutdruck bei der Körperarbeit gesunder und herzkranker Individuen. Deutsch. Archiv f. klin. Med. 77.

Gräupner: Die Funktionsprüfung des Herzmuskels vermittelst messbarer Arbeit und deren Bedeutung für die klinische Beurteilung der Herzkrankheiten. Aus dem Dr. v. Grolman'schen med. Kalender, 1905.

A. Smith: Ueber einige neue Methoden der Bestimmung der Herzgrenzen. Ueber objektive Veränderungen des Herzens unter dem Einflusse lokaler und allgemeiner Elektrisation. Vorträge, geh. a. 18. Kongress f. innere Medizin zu Wiesbaden, 1900.

Franze: Orthodiagraphische Kontrolle der Bozzi-Bianchi-Smith'schen Methode der Herzuntersuchung. Physik.-Medizin. Monatshefte, I. Jrg. 1904. Ueber dasselbe Thema; Moritz: Münchener mediz. Wochenschrift, 1903. — de la Camp: Therapie der Gegenwart, 1903. — Grunmach: Deutsch. med. Wochenschrift, 1904.

v. Noorden: Uebererпährung und Unterernährung. Deutsche Klinik. 1902. Bd. II.

Strümpel: Lehrbuch d. spez. Pathologie und Therapie. I. B.

v. Jürgensen: Lehrbuch der spez. Pathologie und Therapie.

Nothnagel's Handbuch der allgem. u. spez. Pathologie u. Therapie.

Eulenburg's Encyklopädische Jahrbücher d. gesamt. Heilkunde, V. u. VI. Jahrgang, Erste Hälfte, E. n. F. 1896.

W. Ebstein: Fettleibigkeit. Deutsche Klinik. 1901. Bd. IV.

L. Braun: Therapie der Herzkrankheiten. Wien, 1903.

Tigerstedt und Hensen: Beiträge zur Physiologie und Pathologie des Blutdruckes. Archiv f. klin. Medizin. 67.

Fisch: Dosierte Kohlensäure-Soole-Bäder, System Dr. Fisch. Vortr., geh. (mit Demonstration) auf dem 75. Kongress Deutsch. Naturforscher u. Aerzte zu Kassel, 1903.

Fisch: Ueber Wesen und Bedeutung der Kohlensäure-Bäderbehandlung. Vortr., geh. auf dem 25. Balneologenkongress zu Aachen, 1904. Deutsche Aerztezeitung u. Heilmittel-Revue, 1904.

Fisch: Balneotherapie bei der Kombination von Herz-, Nerven- und Frauenleiden. Vortr., geh. auf dem IV. Oesterr. Balneologenkongress in Abbazia, 1904. Deutsch. Aerztezeitung und Heilmittelrevue, 1904.

Fisch: Balneotherapie bei komplizierten Herzaffektionen und Kompensationsstörungen. Vortr. geh. am 26. Balneologen-Kongress zu Berlin, 1905. Berliner klin. Wochenschrift, 1905, Nr. 19.

Poehl, Fürst J. v. Tarchanoff, Wachs: Rationelle Organotherapie mit Berücksichtigung der Urosemiologie. I. Hälfte, St. Petersburg, 1905.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Der Arzt. Einführung in die ärztlichen Berufs- und Standesfragen, — in 16 Vorlesungen. Von Dr. Erich Peiper, Prof. a. d. Univers. Greifswald. Wiesbaden. 1906. Verl. J. F. Bergmann. Gr. 8°. 247 S.

Diese Vorlesungen sind — soweit bekannt — die ersten, welche über die ethischen und wirtschaftlichen Fragen unsres Standes an einer Hochschule gehalten wurden, und Prof. Peiper hat es verstanden den sehr umfangreichen Stoff in klarer und erschöpfender Weise zu behandeln, so dass der Leser über alles Wissenswerte orientiert wird, ohne durch zu viel Details zu ermüden. Die Organisation des ärztlichen Standes im Deutschen Reiche, alle einschlägigen Gesetze und Verordnungen sind in grosser Vollständigkeit in diesem Buche enthalten und obgleich bei uns in Russland der Ausbau der gesetzlichen Bestimmungen über unseren Stand noch lange nicht die Vollkommenheit wie in Deutschland zeigt, sind die ethischen Grundbegriffe doch dieselben und die auf denselben beruhenden Gesetze und Einrichtungen Deutschlands, die uns in Russland noch fehlen, müssen unser Interesse um so mehr erregen, als sie für uns verbindlich und erstrebenswert sind.

Die ersten Vorlesungen sind betitelt «Der Arzt». Die Definition dieses Begriffes nach der Reichs-Gewerbe-Ordnung lautet: «Der Arzt ist eine Medizinalperson, welcher nach Ablegung der ärztlichen Staatsprüfung und des praktischen Jahres vom Staat die «Approbation» zur Ausübung der Heilkunde erteilt worden ist». Es folgen die gesetzlichen Bestimmungen über Führung von Titeln — promovierter Arzt, Wundarzt, Allopath, — arztähnliche Titel, — Zurücknahme der Approbation, — Führung des Doctor-Titels; — Assistenten, Spezialärzte, Zahnärzte. — Eigenschaften, die der Arzt haben soll: Körperliche Gesundheit, bes. Intaktheit der Sinnesorgane (Gesicht und Gehör); Sauberkeit seiner Person, seiner Kleidung und Wohnung, Nüchternheit, Ruhe und Geistesgegenwart, Sicherheit im Auftreten bei einer gewissen Zurückhaltung im Verkehr, sittliche Integrität, Milde und Geduld. Feines Ehrgefühl ist nötig, doch sei dasselbe nicht zu empfindlich, wie wir es oft bei jungen Aerzten finden. «Viel Aerger und Verdruss würden wir uns ersparen, wenn wir weniger leicht verletzbar wären, — nur selten liegt Absicht der Beleidigung zu Grunde». Von der Betätigung in der Politik wird sich der Arzt am besten fernhalten.

Die 2. Vorlesung behandelt an der Hand gesetzlicher Bestimmungen: Niederlassung am Ort, Uebernahme von Sana-

torien, Kauf der Praxis, Annoncen, Polikliniken, Zeugnisse über Heilmittel, Beitritt zu den Standes-Vereinen, Konsultationen, Vertretung, Atteste, Fernbehandlung, Telephon, Privat-Heilanstalten, Fortbildungs-Kurse, Medizin-Studium der Frauen.

Die 3. Vorlesung bringt die in Deutschland resp. Preussen gültigen Gesetze und Einrichtungen bez. der Medizinal-Verwaltung: Gesundheits-Amt, Ministerium und die ganze Gliederung der provinziellen medizinischen Hierarchie, Kreisarzt, Apotheken, Hebammen, Heilgehilfen u. s. w.

4. und 5. Vorlesung handelt von den ärztl. Rechten und Plichten: Gewerbesteuer, Ehrenämter, Operations-Gefahr, Verantwortlichkeit, Kunstfehler, Berufsgeheimniss, Anzeigepflicht u. s. w.

6. Vorlesung: Reichs-Seuchen-Gesetz.

7. und 8. Vorlesung: Aerztliches Vereins-Leben.

9. Vorlesung: Staatliche Organisation des ärztl. Standes in Deutschland. Aerzte-Kammern, Ehrengericht, Vertragskommissionen.

10.—13 Vorlesung behandeln die Beziehungen der Aerzte zu den neuen sozialpolitischen staatlichen und privaten Versicherungs-Einrichtungen: Krankenversicherungs-Gesetz, Krankenkassen, Kassenärzte, freie Arzt-Wahl, Honorierung. Unfallversicherung, Heilverfahren, Kurpfuscherei. Invaliditäts- und Altersversicherung. Erwerbsunfähigkeit, Rente.

Arzt und Lebensversicherung.

14. Vorlesung: Wirtschaftliche Fragen: Der Verband der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen, der seit 1903 besteht, ist durch die Ueberfüllung des ärztlichen Berufs hervorgerufen. Das durchschnittliche Einkommen genügt nicht zu einer standesgemässen Lebensführung.

Autor bespricht in eingehender Weise die Honorarfrage. ärztliche Rechnungen, Liquidation, Taxe, Hausarzt-Honorar, höhere Honorare der Spezialisten, Rechtsschutz-Vereine.

Die Einkommensteuer der Aerzte hat für uns in Russland weniger Interesse, ebenso das Unterstützungswesens für Aerzte in Deutschland.

In der 15. Vorlesung bespricht Prof. Peiper die Krankenpflege. Die Orden der Lazaristen, Johanniter, barmherzigen Brüder, Elisabetherinnen, barmherzigen Schwestern, — die protestantischen Diakonissen, die Vereine vom Roten Kreuz; Krankenhäuser, — (die Vornahme von Sektionen von Personen, die im Krankenhause sterben, ist nur in Sachsen-Weimar und Bremen von der ausdrücklichen Einwilligung der Angehörigen abhängig und wird sonst stillschweigend als Regel angesehen — kann aber von den Angehörigen verboten werden).

Samariter- und Rettungswesen, Genesungs-Häuser, Lungenheilstätten.

Die letzte 16. Vorlesung handelt von der Kurpfuscherei, welche in den letzten 20 Jahren in Deutschland arg zugenommen haben soll. Durch die Reichs-Gewerbe-Ordnung von 1869 ist das Verbot der Pfuscherei aufgehoben, — und darf also Jedermann in Deutschland das Heilgewerbe ausüben; verboten ist nur die Führung des Titels «Arzt» oder eines ähnlichen, und für alle amtlichen Funktionen ist die «Approbation» erforderlich. Es giebt «gutartige» — in gutem Glauben handelnde — und «bösartige» — einfach gewinnsüchtige — Pfuscher. Neuerdings hat der deutsche Aerztetag gegen die Freigebung der Ausübung der Heilkunde Stellung genommen und es hat sich eine deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Kurpfuscherei gebildet.

Strafrechtliche Bestimmungen.

Den Schluss des Werks bildet das «Gesetz betr. die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten».

Das Buch ist allen Vereinen und allen Kollegen, die staatlichen Aufsichts-Behörden (Medizinal-Verwaltung, Kreisärzte u. s. w.) angehören, dringend zu empfehlen.

M—z.

Aerztliche Taktik. Briefe an einen jungen Arzt von Dr. Fritz Schlesinger, Arzt in Berlin. Berlin 1906, S. Karger, 8°. 55 Seiten.

In 13 Briefen behandelt der Verf. so ziemlich alle Kardinalfragen der ärztlichen Praxis in kurzer, klarer und durchaus sympathischer Darstellung. Der Inhalt ergiebt sich aus den Ueberschriften der einzelnen Briefe.

1. Einleitung. 2. Berechtigung der ärztlichen Taktik, ärztliche Vorbildung. 3. Allgemeines Auftreten und ausserberufliches Verhalten des Arztes. 4. Aufnahme der Anamnese, Diagnose. 5. Von der Therapie. 6. Von der Prognose. 7. Konsultationen. 8. Empfehlung der Krankenhausbehandlung, Pflegepersonal. 9. Zahl der ärztlichen Besuche. 10. Berufsgeheimnis. 11. Wechsel des Arztes, Kollegialität. 12. Die finanzielle Seite der ärztlichen Tätigkeit. 13. Einiges über die Würde des ärztlichen Standes.

Als Adressat dieser Briefe ist selbstredend ein junger Arzt im Deutschen Reich gedacht, daher kassenärztliche Tätigkeit, Taxen, Liquidierung zur Sprache gebracht. — In diesen Fragen liegen die Verhältnisse bei uns in Russland anders, dennoch bleibt das Büchlein auch in diesen Kapiteln interessant ebenso wie in allen andern. Autor erscheint als ein erfahrener, durchaus humaner Praktiker, der seine taktischen Ratschläge nicht nur vom Erwerbs-Standpunkt, sondern auch von einem höhern erteilt. Er will uns zeigen, wie ärztliche Ethik und ökonomische Gesichtspunkte in Einklang gebracht, dem Arzt eine angesehne Stellung sichern. — Die Arbeit ist stylistisch vorzüglich redigiert, und wer sie zu lesen angefangen, wird sie gern zu Ende lesen.

M—z.

Nachdenkliches zur heutigen Heilkunde für Laien, Aerzte und die es werden wollen von Fr. Erhard. Leipzig. 1906. 8°. 40 S. (Benno Konegens Verlag).

Eine Brochüre, die des Lesens wert ist! Auf ca. 37 kleinen Oktav-Seiten finden wir eine Fülle von satyrischem Humor und ernsten Wahrheiten in fesselnder Form vorgetragen und trotz der Schärfe des Urteils über manche Dinge und Verhältnisse nirgend ein direkt verletzender Ton. Um ein Pröbchen zu geben hier der Anfang:

«Junger Mann, der Du vorhast Arzt zu werden, bedenke «ob Du eine der folgenden Eigenschaften in hohem Grade, «oder eine Kombination von mehreren, — dann genügt ein «geringerer Grad — Dein eigen nennst, oder dereinst zu be-«sitzen hoffen darfst. — Ein erfolgreicher Arzt kann nämlich nur werden:

1. Wer heitern Gemüts, lustig und amüsant ist,
2. wer ein schöner Mann ist, oder aus sonst einem Grunde Einfluss auf das weibliche Herz hat,
3. wer einen wohltuenden, beruhigenden Einfluss auf das Gemüt hat, sei es, dass es aus heiterm Phlegma, oder aus erworbenem seelischen Gleichgewicht hervorgehe,
4. wer schauspielerisches Talent hat und Menschenkenntnis dazu erwirbt, so dass er je nach Bedarf den höflichen, teilnehmenden, energischen, begeisternden, und den allzeit sicheren und von seiner Kunst überzeugten Mann darstellen kann,
5. wer recht beschränkt ist und einen felsenfesten Glauben an die Wirksamkeit seiner Mittel hat.

«Hast Du eines von diesen 5 Losen gezogen, so freue Dich, «Du kommst dann mit sehr elementaren Kenntnissen aus «und bist des Erfolges sicher. Wenn Du gerade Chirurg wer-«den willst, so musst Du freilich etwas mehr lernen und noch «dazu kaltes Blut und ein dickes Fell haben.

«Hast Du aber keine von den 5 Eigenschaften, so glaube «nicht, dass Du ein erfolgreicher Arzt werden, Dein Brot «verdienen oder gar Reichtümer und Ehren anhäufen wirst. «Die paar Menschen, die vernünftig bleiben, selbst wenn sie «krank sind, wären nicht imstande Dich zu ernähren.

«An Geld und Ehre liegt Dir nichts? — nun so studiere «immerhin Medizin, — es wird niemandem schaden und den «Professoren nützen; und wenn Du klug bist, so hast Du «eine herrliche Gelegenheit, die Menschen kennen zu lernen.

Nach kurzer ironisierender Betrachtung der Vorfächer der Physicum folgt ein Kapitel über die Notlage der Aerzte und ihre Folgen, deren Hauptursache ist, dass «in Deutschland viel zu viel Aerzte sind». Spezialisten-Unwesen, Kassenärzte u. s. w. werden besprochen.

Das 2. Kapitel heisst: was kann und soll der Arzt?,

das 3. — Fortschritte der Heilkunde.

Auf den Inhalt genauer eingehn möchte ich nicht, um den Lesern nicht das Vergnügen am Original und seinen Schlagworten zu nehmen. Der Schluss-Satz lautet:

«Viele Aerzte können sich nicht hinreichend in die Forde-«rungen des Kranken schicken, andre wollen es nicht: denen «aber, die es tun, wird es auch in heutigen Zeiten wohler-«gehn auf Erden!».

M—z.

A. Döderlein und B. Krönig: Operative Gynaekologie. Leipzig 1905. Verlag von G. Thieme.

A. Döderlein und B. Krönig haben ihrem Lehrer Paul Zweifel ein Werk gewidmet, das nicht nur ihrer Leipziger Schule Ehre macht, sondern auf das auch die ganze deutsche Gynaekologie stolz sein kann. Das seiner Zeit kapitale Werk über operative Gynaekologie von Hegar und Kaltenbach war trotz seiner Umarbeitungen bereits veraltet, und seine 1897 erschienene letzte Auflage von der inzwischen mit Riesenschritten vorwärtsgeeilten Technik der operativen Gynaekologie überholt.

Eine ganze Zahl wichtiger Arbeiten war erschienen und neue Operationsmethoden erprobt, so dass es sehr an der Zeit

war, ein neues Werk über operative Gynaekologie, das die gemachten Fortschritte zusammenfasst, erscheinen zu lassen. Diese Aufgabe ist von den genannten Verfassern in glänzender Weise gelöst, was auch nicht anders zu erwarten war. In einem allgemeinen, von K. verfassten Teil werden zunächst für jeden Operateur wichtige allgemeine Fragen abgehandelt. Mit grossem Interesse liest jeder nach, was über folgende wichtige Fragen gesagt wird: Verhütung der Infektion, Prinzipien der gynäkologischen Asepsis, Herabsetzung der örtlichen Disposition zur Infektion, Erhöhung der Widerstandskraft des Organismus gegen Infektion, Prophylaxis des Ileus, Herabsetzung der Schädigung der Narkose, Prophylaxis der postoperativen Pneumonien, Verhütung der Verblutung, Verhütung postoperativer Magenblutungen, Prophylaxis postoperativer Hernien, Nachbehandlung nach Laparotomien, Einfluss der Entfernung der Eierstöcke und des Uterus auf den Organismus der Frau, Einfluss gynäkologischer Operationen auf das Nervensystem, Radikaloperation postoperativer Hernien und Abgrenzung der vaginalen von der abdominalen Köliotomie. Im speziellen von beiden Verf. abgehandelten Teil findet man in flüssiger, klarer Darstellungsweise alle operativen Methoden beschrieben. Beide Verf. huldigen denselben Anschauungen inbezug auf Indikationsstellung und kritische Beurteilung der Technizismen, was wohl auf ihre gleiche Schule zurückzuführen ist, und wodurch der Wert des Buches nur erhöht wird. Auf Einzelheiten kann leider nicht eingegangen werden. Besonders mag nur die bewundernswürdig klare Darstellung der Operationen hervorgehoben werden. Der Text wird durch 182 meist farbige von Künstlerhand entworfene Abbildungen erklärt. Jede Operation findet in allen ihren Phasen eine bildliche Darstellung. Die meisten Originalzeichnungen sind von A. Kirchner in Leipzig während der Operation an der Lebenden nach der Natur gezeichnet. Die vorzügliche Wiedergabe danken Verf. natürlich ihrem Verleger, der das Werk wahrhaft vornehm ausgestattet hat. Das Buch dürfte in Kürze vergriffen sein, da kaum ein Gynäkologe ohne es auskommen kann.

W. Beckmann.

Protokolle
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1339. Sitzung am 26. September 1905.

Westphalen berichtet in zusammenhängender Form über verschiedene Arbeiten, hauptsächlich aus der Schule Pawlow's, welche unsere heutige Auffassung über die Verdauungsvorgänge im Darme charakterisieren. Da wegen der Menge der hierbei zu berücksichtigenden Tatsachen ein ausführliches Referat nicht möglich ist, so sei nur auf das Wichtigste hingewiesen:

Nachdem die Speisen aus dem Magen in das Duodenum übergetreten sind, wozu der Schliessungs- und Oeffnungsreflex für den Pylorus durch die verdünnte, später mehr oder minder neutralisierte Magen-HCl gegeben ist, ergiessen sich in den Darm die Galle, der Pankreas- und Darmsaft, sowie das Sekret der Brunnerschen Drüsen, welchen letzteren jedoch keine wesentliche Bedeutung zukommt.

Alle diese Sekrete werden hinsichtlich ihrer Menge und chemischen Zusammensetzung, am wenigsten der Darmsaft, durch die Quantität und Qualität der in den Magen gebrachten Speisen, und infolge dessen auch durch den verschiedenartig zusammengesetzten Magensaft beeinflusst. Der Hauptstimulus ist hierbei für die Pankreassekretion die HCl, für den Succus entericus aber das Pankreassekret. Der Darmsaft enthält Enterokinase und Lipase, welche den Zweck haben als Fermente auf Fermente zu wirken, indem sie das wirkungslose Trypsin- bz. Steapsinzymogen des Pankreassafts in zur Eiweisslösung und Fettspaltung befähigte Trypsin, bz. Steapsin umwandeln. Das amylolytische und das invertierende Ferment des Pankreas sind an und für sich schon aktionsfähig und werden vom Darmsafte nicht beeinflusst. Die Sekretion der verschiedenen Verdauungsfermente in den Darm wird einerseits durch nervöse Vagus- und Sympathicusbahnen vermittelt, scheint aber auch vom Blute aus hervorgerufen zu werden, da es möglich ist durch Digestion der Duodenalschleimhaut mit HCl eine Substanz, das «Sekretin» zu gewinnen, welche, in das Blut injiziert, eine Absonderung aller Verdauungsfermente des Darmes bewirkt.

Die Verdauung der Albuminate, Fette und Kohlenhydrate findet der überwiegenden Hauptsache nach im Dünndarm statt, im Coecum und Colon ist eine wirkliche Verdauung minimal.

Im Anschluss hieran bespricht Westphalen auch die neuesten Forschungsergebnisse auf dem Gebiete der Bakteriologie des Darmes. Hieraus sei gleichfalls nur das Wichtigste hervorgehoben:

Das Kind wird mit sterilem Darm geboren, doch schon nach wenigen Stunden finden sich im Meconium Bakterien, welche sowohl in Art und Menge durch verschluckte Luft und Speichel nach 24 Stunden eine Anreicherung erfahren. Mit dem Moment der Fütterung nehmen die Bakterien an Menge im Stuhl zu, werden jedoch weniger mannigfaltig. Im Frauenmilchstuhl überwiegen als obligate Darmbakterien der B. acidophilus und B. bifidus, welche auf der Brustwarze und in den Milchgängen der Frau vorkommen, während im Kuhmilchstuhl diese Bakterien in den Hintergrund treten und der B. aërogenes lactis und der B. coli die Ueberhand gewinnen. Noch mannigfaltiger sind die Art und Mengenverhältnisse der Bakterien im Stuhle des Erwachsenen. Sie sind abhängig von der Art und Nahrung und wechseln mit derselben, wobei übrigen sehr bald durch ein üppigeres Wachstum der obligaten Darmbakterien spec. des B. coli und aërogenes, die mit der Nahrung facultativ eingedrungenen Keime überwuchert werden und im Konkurrenzkampfe der Bakterien untereinander zugrunde gehen.

Durch Strasburger's Wägungsmethoden der Kotbakterien wissen wir, dass $^1/_3$ des gesamten Trockenkotes aus meist todten zum geringeren Teil lebensfähigen Bakterien bestehen. Bei der atonischen Obstipation nimmt ihre Menge ab, bei Reizungszuständen und bei Einführung der sog. Darmantiseptica, Calomel an der Spitze, zu. Es ist dieses eine Tatsache, die sehr gut mit einer anderen harmoniert, dass dem Darmepithel sicherlich bakterizide Fähigkeiten innewohnen, woher denn auch der Dünndarm nahezu steril ist und die Bakterien an Menge gegen das Rektum hin zunehmen.

Durch zahlreiche Experimente dürfte es als bewiesen anzusehen sein, dass eine normale Entwicklung des Individuums und längeres Fortbestehen desselben an die Tätigkeit der Darmbakterien gebunden ist. Tiere, die steril geboren, steril gehalten und mit steriler Nahrung gefüttert wurden, lebten eine Zeitlang, nahmen aber an Gewicht nicht zu, bis ihrer Nahrung normale Faecesbakterien zugefügt wurden. Die physiologischen Aufgaben der Darmbakterien dürften darin bestehen, dass sie einen Teil der Nahrung, namentlich im Colon, der Verdauung entgegenführen, Cellulose lösen und ganz besonders durch Bildung von Gährungssäuren aus den Kohlehydraten im Dünndarm zum grösseren Teile, zum geringeren durch Abspaltung von Fäulnisprodukten aus dem Eiweiss im Colon die Darmperistaltik regeln; da erstere ein bei weitem stärkeres Reizmittel für die Darmmuskulatur abgeben, so wird dadurch auch die Tatsache erklärt, warum die Darmperistaltik im Dünndarm 25 mal rascher abläuft, als in Dickdarm.

Schliesslich scheinen die obligaten Darmbakterien durch ihr üppigeres Wachstum gegenüber den facultativen dem Organismus einen gewissen Schutz gegen pathologische Darminfektionen zu verleihen.

(Autoreferat).

Direktor: W. Kernig.
Sekretär: Wold. Fick.

Zum Besten notleidender baltischer Kollegen

sind uns ferner zugegangen von: Geh.-R. Dr. Hirsch 50 Rbl., Dr. Dreypölcher 5, Dr. Lezenius 5, Dr. Brock 5, Dr. Wichert 5, Dr. Lange 3, Dr. Anderson 5, Dr. N. Hoehlein 10, N. N. 7 Rbl.

Im ganzen bisher 600 Rbl. (der Livländischen Abteilung des St. Pet. Vereins zu gegenseitiger Hilfe überwiesen).

D. Red.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— In der letzten Konseil-Sitzung der Dorpater Universität wurde, wie die «Nordl. Ztg.» hört, der berühmte deutsche Psycholog und Physiolog, Prof. Dr. med., phil. et jur. Wilhelm Wundt, mit überwältigender Majorität zum Ehrenmitgliede der Dorpater Universität gewählt.

— Die Charkower medizinische Gesellschaft hat jetzt, nachdem sowohl der Präsident derselben Prof. Dr.

A. Kusnezow (Therapeut) wie auch der Vizepräsident Prof. Dr. W. Krylow (Patholog) bereits im November v. J. von diesen Aemtern zurückgetreten waren, zum Präses den Privatdozenten Dr. M. Swjetuchin und zum Vizepräses den Privatdozenten Dr. O. Braunstein gewählt. Die Veranlassung zu dem Rücktritt der obengenannten Professoren gaben die in dieser wissenschaftlichen Gesellschaft in der letzten Zeit sich wiederholenden Abweichungen von der Tagesordnung der Sitzungen durch Besprechungen von politischen Tagesfragen und die Zulassung von Studenten, Offizieren und sogar Gymnasiasten zu den Sitzungen.

— Die auf den Namen des Medikochirurgen S. Tutschemski bei der militär-medizinischen Akademie gestiftete Prämie (im Betrage von 1000 Rbl.), zu deren Bewerbung nur frühere Zöglinge der Akademie zugelassen werden, ist von der Konferenz der Akademie dem Privatdozenten der medizinischen Chemie an der Akademie Dr. Boris Slowzow für seine Arbeit: «Die biologische und therapeutische Bedeutung der Lecithine» zuerkannt worden.

— Der bei der Gesellschaft russischer Aerzte in Moskau von dem verstorbenen Mitgliede der Gesellschaft Dr. W A. Golizynski zur Förderung russischer Arbeiten auf dem Gebiete der Medizin gestiftete Preis im Betrage von 300 Rbl. ist in diesem Jahre dem Professor der militär-medizinischen Akademie Dr. Nikolai Gundobin (Pädiater) zugesprochen worden.

— Der Arzt für besondere Aufträge V. Klasse bei der Militär-Medizinalverwaltung des sibirischen Militärbezirks, wirkl. Staatsrat Dr. Naryschkin, ist krankheitshalber mit Uniform und Pension verabschiedet worden.

— Rückkehr aus dem fernen Osten. Ausser den bereits von uns gemeldeten Aerzten sind neuerdings vom Kriegsschauplatz, wie wir der «Düna-Ztg.» entnehmen, noch folgende Aerzte nach Riga zurückgekehrt: Oskar Brehm, Edgar Mey, Heinr. Ritter, Hirsch Wassermann, Salomon Reimann, Schliom Reimann, Hirsch Jakub, David Hirschfeld, Joh. Lidack, Michel Levitan, Harald Laurentz, Samuel Abrahmson, Edmund Gutsche, Hirsch Idelsohn und J. Springenfeld.

— In Helsingfors ist der unter dem vorigen Regime ernannte und späterhin wegen seiner Verdienste, die u. a. in der zwangsweisen Beorderung ziviler Aerzte zu den Rekrutenaushebungen bestanden, geadelte Generaldirektor der finländischen Medizinalverwaltung, Dr. C. F. v. Wahlberg, ist um seinen Abschied eingekommen.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 4. März zu Riga der Kirchspielsarzt zu Loesern (Kreis Wenden in Livland) Dr. Karl Blau im 53. Lebensjahre. Zu Erlaa im Wendenschen Kreise geboren, erhielt er seine Schulbildung in der dortigen Parochialschule, später durch Privatunterricht und in dem Landesgymnasium zu Birkenruh, war dann 3 Jahre Hauslehrer und bezog i. J. 1878 die Universität Dorpat, an welcher er bis 1883 studierte und 1882 als Student die goldene Preismedaille erhielt. Nach Erlangung des Arztgrades i. J. 1883 liess er sich als Kirchspielsarzt in Loesern nieder, wo er bis zu seinem Lebensende tätig war. 2) In St. Petersburg am 7. März einer der ältesten Aerzte unserer Stadt Dr. Alexander Rohbusch, Ehrenmitglied des Konseils der Kinderasyle und früherer Direktor des Alexander-Newski-Kinderasyls, im 74. Lebensjahre. Der Hingeschiedene, welcher auch viele Jahre Ordinator am städtischen Alexanderhospital war, hat fast 52 Jahre die ärztliche Praxis ausgeübt. 3) In Berlin der freipraktizierende Arzt aus Rostow a/Don Hersch Gurfinkel im Alter von 37 Jahren nach 10jähriger ärztlicher Tätigkeit. 4) In Warschau die Aerztin Antonie Chrszczonowitsch im 39. Lebensjahre. Den Arztgrad hatte sie i. J. 1903 erlangt. 5) Am 11. März n. St. in Stuttgart im Alter von 86 Jahren der Obermedizinalrat a. D. Dr. v. Hölder, der weit über die Grenzen Würtembergs bekannt geworden ist als erste Autorität auf dem Gebiete der Schädelkunde. Mit unermüdlichem Sammelfleiss hat er ein Material an Schädeln, nicht nur der heutigen Menschen, sondern besonders auch aus prähistorischen Begräbnisstätten zusammengebracht, wie es sich wohl selten in den Händen eines Privatmannes vereinigt fand. Diese reiche Sammlung bildete das Material für seine wissenschaftliche Forschung, für unzählige Messungen und scharfsinnige Untersuchungen, durch die er wesentlich dazu beitrug, die Kraniologie auf eine sichere wissenschaftliche Grundlage zu stellen. Viele auswärtige anthropologische Gesellschaften erkannten die Verdienste des Forschers durch Ernennung zum Ehrenmitgliede an, so die anthropologischen Gesellschaften in München, Paris und Rom.

Von Universitäten, med. Instituten und Kongressen.

— Für die medizinische Prüfungskommission an der Odessaer Universität sind ernannt worden: zum Vorsitzenden — der Dekan Prof. Dr. Medwjedew und zu Mitgliedern — die Professoren N. Batujew, B. Werigo, A. Korsch, S. Lewaschew und K. Ssapjeshko.

— Die Ernennung des Oberarztes des städtischen Krankenhauses in Frankfurt a./Main, Prof. Dr. Noorden, zum Nachfolger Nothnagels auf dem Lehrstuhl für innere Medizin und als Vorstand der ersten medizinischen Klinik in Wien ist bereits erfolgt. Er wird sein Lehramt aber erst am 1. Oktober d. J. antreten.

— Nachdem Prof. Schmorl (Dresden) die Berufung zum Nachfolger des verst. Prof. Ziegler auf dem Lehrstuhl der pathologischen Anatomie in Freiburg i. Br. abgelehnt, ist jetzt Prof. Dr. Ludwig Aschoff berufen worden und hat den Ruf angenommen.

— Der Privatdozent und Oberarzt der Prof. Neisser'schen Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten in Breslau, Dr. Viktor Klingmüller, hat einen Ruf als ausserordentlicher Professor für Haut- und Geschlechtskrankheiten an die Universität Kiel erhalten, und zwar als Nachfolger von Prof. Dr. Ernst v. Düring, der bekanntlich die Leitung der Dr. Lahmann'schen Heilanstalten auf dem Weissen Hirsch bei Dresden übernimmt.

— Von dem Exekutivkomitee des XV. internationalen medizinischen Kongresses, welcher bekanntlich vom 19.—26. April n. St. in Lissabon stattfinden wird, geht uns die Mitteilung zu, dass das Komitee für eine beträchtliche Zahl Zimmer (mit einem oder mehreren Betten) für die Kongressmitglieder gesorgt hat zu Preisen von 6, 8 und 10 Frcs. pro Bett, je nach der Kategorie. Ausserdem sind einige Wohnungen mit Pension zu 15 Frcs. à Person vorhanden. — Anfragen wegen Logis sind vor dem 31. März n. St. an Herrn Manuel José da Silva (Palacio Foz, Praça dos Restauradores, Lisbonne) zu richten. — Was die Eisenbahnfahrten anbelangt, so gewähren die französischen, spanischen, portugiesischen und italienischen Bahnen den Kongressmitgliedern eine Vergünstigung von 50% für die Hin- und Rückfahrt.

Standesangelegenheiten.

— Bei den Wahlen zum Reichstage sind bis zum 11. März im ganzen 6 Aerzte zu Wahlmännern gewählt worden, und zwar 5 von den Städten und 1 von Kleingrundbesitzern.

Die Universität Tomsk hat als Wahlmänner für den Reichsrat zwei Mediziner, den Rektor Prof. Kurlow (Kliniker) und Prof. Kuljabko (Physiolog) aufgestellt.

— Gerüchten zufolge sollen sämtliche Aerzte, die sich bei den in Odessa stattgefundenen Mobilisationen der Einberufung entzogen haben, vor Gericht gestellt werden. (D. Od. Ztg.).

— Die Moskauer Landschaftsversammlung hat, wie von dort berichtet wird, dem durch die Administration vom Amte entfernten Oberarzt des Irrenhauses der Moskauer Landschaft Dr. Jakowenko eine erhöhte Pension bewilligt. — Ebenso hatte die Moskauer Kreislandschaftsversammlung den seitens des Kreislandschaftsamtes entlassenen Aerzten und Personen des Hospitaldienstes die Gage für 3 Monate auszuzahlen beschlossen, dieser Beschluss ist jedoch von der Gouvernementsbehörde für Landschaftsangelegenheiten aufgehoben worden.

— Entlassungen aus dem Dienst und Verhaftungen von Aerzten wegen Beteiligung an politischen Umtrieben finden noch immer statt. So hat der Gefängnisarzt Fink seine Stellung aufgeben müssen, weil er in einem Bericht an den Prokureur auf die schlimmen sanitären Verhältnisse der politischen Insassen im Gefängnis aufmerksam gemacht hatte.

— In Astrachan ist der Leiter des bakteriologischen Laboratoriums des Ministeriums des Innern Dr. S. Konstansow aus dem Dienst entlassen worden, weil er sich als politisch unzuverlässig erwiesen hat.

Verhaftet sind neuerdings: Dr. A. Blagoweschtschenski in Bugurusslan, Dr. Shiwotowski in Aleschki (Taurien) und die an dem Streik und den Unruhen auf der sibirischen Eisenbahn beteiligten Aerzte A. Kusmizki, Nikanorow, Netschajew und Ischerski (Omsk).

— Das Büreau der St. Petersburger Sektion des Medizinischen Verbandes, welches unseren Lesern aus seiner im vorigen Jahrgange Nr. 44 unserer med. Wochenschrift veröffentlichten Mitteilung über die in dem Hospital St. Nikolaus des Wundertäters dekretierte Autonomie auf demokratischer Grundlage noch erinnerlich sein wird, macht jetzt in der «Russ» bekannt, dass der Sektion seit der letzten allgemeinen Versammlung am 5. Dezember 1905 jede weitere Versammlung bis jetzt vom Stadthauptmann verboten war. Indem das Büreau gegen eine derartige ungesetzliche Beschränkung der Versammlungsfreiheit protestiert, teilt es das den Mitgliedern zur Vermeidung unnützer Vorwürfe seitens derselben mit. Zugleich hat das Büreau erneute Schritte getan zur Einberufung einer Generalversammlung des Verbandes in allernächster Zeit.

— In London versucht man alle bestehenden medizinischen Gesellschaften zu einer Körperschaft (Royal Society of Medecine) zu vereinigen, ohne dass die einzelnen Gesellschaften ihre Selbständigkeit verlieren. Die Royal Medical and Chirurgical Society und die Clinical Society haben die Aufgabe in die Hand genommen, die in London wohnenden 5000 Aerzte zu einer grossen, leistungsfähigen Vereinigung zusammenzuschliessen.

Verschiedene Mitteilungen.

— Reorganisation des Medizinalwesens in Livland. Der gegenwärtig in Riga tagende Livländische Landtag hat beschlossen, behufs Reorganisation des Medizinalwesens in Livland eine Kommission zu wählen, die unter Hinzuziehung von Aerzten mit der Ausarbeitung einer Instruktion für die zu kreierenden Landessanitätsärzte zu beauftragen sei. Die Kommission hätte ferner die Frage der Zahl der Sanitätsärzte und die Abgrenzung der Sanitätsbezirke zu bearbeiten und hierzu Gutachten von den zu wählenden Kreiskommissionen einzuholen.

— Ein «Hygienisches Zentralblatt» beginnt in diesem Monat im Verlage von Gebr. Borntraeger in Berlin zu erscheinen. Herausgegeben wird das Blatt, unter der Leitung von 14 Spezialisten, von dem Vorstande des Laboratoriums am städtischen Kaiser und Kaiserin Friedrich Kinderkrankenhauses zu Berlin, Dr. Paul Sommerfeld. Das neue Zentralblatt will einen vollständigen Ueberblick über alle einschlägigen Arbeiten durch kurze, sachliche, möglichst im unmittelbaren Anschluss an die Originalarbeiten erscheinende Referate geben und wird in Heften von je etwa 2 Bogen Grossoktav alle vierzehn Tage erscheinen. Je 24 Hefte bilden einen Band, der 30 Mark kostet.

— Ein neues Sanatorium nebst Wasserheilanstalt wird, wie das «Rig. Tagebl.» meldet, im kommenden Sommer am Rigaschen Strande (in Edinburg) von Dr. M. Maximowitsch, der aus dem Gouvernement Jekaterinoslaw nach Riga übergesiedelt ist, eröffnet werden. Das Sanatorium, das 30 Zimmer und 28 Wannen enthalten soll, wird auch im Winter geöffnet sein.

— Das Heidelberger Institut für experimentelle Krebsforschung soll Mitte September 1906 eröffnet werden. Die Schenkungen belaufen sich jetzt auf rund 680000 Mark, von denen etwa 150000 Mark als Reserve bleiben. Die klinische Abteilung für Krankenpflege und die wissenschaftliche Abteilung für Krebsforschung werden in zwei getrennten Gebäuden untergebracht. In jener sollen Krebskranke aller Stände (vorläufig 45 Betten) nach den besten Methoden behandelt und gepflegt werden; in dieser sollen durch experimentelle Forschung, biologisch-chemisch und anatomische Arbeiten die Natur und Ursachen der Krankheit möglichst klargelegt werden. Das Institut wird, wie alle anderen Universitätsinstitute, von den zuständigen Universitätsbehörden verwaltet werden und der administrativen Oberleitung des Unterrichtsministeriums unterstehen. Die Direktion soll mindestens für die ersten fünf Jahre dem Direktor der Chirurgischen Klinik Professor Dr. Vinzenz Czerny, dem Urheber und Beförderer des Planes, übertragen werden. Im übrigen soll, laut «M. N. N.», die medizinische Fakultät nach Ablauf von je fünf Jahren bestimmen, welchem ordentlichen Professor der medizinischen Fakultät die wissenschaftliche Leitung des Instituts übertragen werden soll.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 4. März d. J. 11939 (75 mehr als in der Vorwoche), darunter 1052 Typhus — (3 mehr), 1257 Syphilis — (6 mehr), 418 Scharlach — (21 wen.), 189 Diphtherie — (17 mehr), 76 Masern — (1 wen.), und 22 Pockenkranke — (4 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche von 26. Febr. bis 4. März d. J. im ganzen 835 (479 M., 356 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 1, Typhus abdom. 28, Febris recurrens 3, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 29, Scharlach 26, Diphtherie 24, Croup 0, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 16, Erysipelas 1, Grippe 10, Katarrhalische Lungenentzündung 78, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 14, Tuberkulose der Lungen 115, Tuberkulose anderer Organe 27, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 42, Marasmus senilis 25, Krankheiten des Verdauungskanals 116, Totgeborene 47.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, den 21. März 1906.

Tagesordnung: Arronet: Stauungsbehandlung nach Bier.

Wanach: Ueber sekundäre Verletzungen grosser Gefässe und Nervenstämme durch verlagerte Knochenfragmente bei Schussfrakturen der langen Knochen.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 10. April 1906.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Zum Zweck der jährlich stattfindenden Kontrolle der Adressen der in der Liste der «St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift» verzeichneten Krankenpflegerinnen ersuchen wir Diese hiermit der Redaktion Ihre jetzigen Adressen mitzuteilen.

Die Redaktion

der „St. Petersburger Med. Wochenschrift".

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. - Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. E. Blessig in St. Petb., W. O., 4 Linie, 5 zu richten. Sprechstunden tägl. ausser Mittwoch u. Sonntag v. 4—6 U. Telephon 20557.

№ 12 St. Petersburg, den 25. März (7. April). 1906.

Zur Behandlung der Mittelohrentzündungen.

Von

Dr. J. F. Neumann.

M. H.! Das Gros der Mittelohrentzündungen entsteht infolge einer Erkrankung der Schleimhaut des Mittelohrs per contiguitatem durch die Tuben vom Rachen, der Nase und dem Nasenrachenraume aus. Die übrigen sind haematogener Natur. Die wenigen Fälle, in denen die Entzündung vom äussern Gehörgange infolge einer Otitis externa mit nachfolgender Myringitis und Perforation des Trommelfelles ins Mittelohr übergeht, können wir ihrer Seltenheit wegen unberücksichtigt lassen; genug, wenn wir ihrer kurz nur erwähnen. — In die Rubrik der Erkrankungen per Contiguität gehören alle sog. Erkältungsotitiden, vielleicht noch ein Teil der Otitiden bei den akuten Infektionskrankheiten. Bei diesen müssen wir aber noch eine andere Aetiologie annehmen. Sie sind als Lokalisationen des Virus in der Schleimhaut des Mittelohrs anzusehn, etwa analog den Exanthemen.

In den meisten Fällen haben wir es zuerst mit einer serös-schleimigen Entzündung zu tun, und erst einige Zeit nach der Perforation einerlei, ob sua sponte oder durch die Kunst geschehen, tritt die Eiterung auf. Nur in einer kleinen Reihe von Fällen, und zwar bei den akuten Infektionskrankheiten, ist die Ohrentzündung sofort eitriger Natur, d. h. es tritt bei der Perforation des Trommelfelles sofort Eiter zu Tage. Möglich ist es, dass ein stärkeres Virus die Veranlassung dazu gegeben, oder aber wir haben eine Mischinfektion vor uns, d. h. zu der durch das Virus erfolgten Entzündung traten Staphylo- oder Streptokokken hinzu, die vielleicht in der Paukenhöhle vordem schlummernd anwesend waren. Und nun kam es zur eitrigen Entzündung. Ohne Widerspruch ist diese Ansicht nicht geblieben, denn Preysing (Ztralbl. f. Bakt u. Parasitenk.) behauptet auf Grundlage seiner Untersuchungen, dass die Paukenhöhle keimfrei sei.

Auf die Frage, wodurch aber die bis dahin serösschleimige Entzündung zur eitrigen geworden, ist natürlich nur die eine Antwort möglich — durch Hineingelangen der Eitererreger in die Paukenhöhle. Und das geschieht nach erfolgter Perforation des Trommelfelles auf zweierlei Wegen; einmal durch die Tuben, andererseits vom äussern Gehörgange aus.

Durch die veränderten Druckverhältnisse infolge der Perforation kann bei jeder Erhöhung des Drucks im Pharynx, durch Schneuzen, Hustenstösse, Kaubewegungen, ja beim einfachen Oeffnen des Mundes ein Einströmen von Luft und Flüssigkeit in die Paukenhöhle bewirkt werden und damit ein Einwandern der Eitererreger. Dieser Uebelstand wurde vor nicht allzu langer Zeit durch ein therapeutisches Manöver begünstigt, nämlich durch die Politzerschen Luftdouche, die im Beginne einer jeden Ohrentzündung gehandhabt wurde. Zum Glück tut man das jetzt nicht mehr.

Doch häufiger kommt es wohl zur Eiterung auf dem anderen Wege, vom äussern Gehörgange. Auf diese möchte ich mich bei meinem heutigen Vortrage beschränken. Auch hier begünstigen diesen Umstand wieder therapeutische Massnahmen, die leider auch jetzt noch in Flor sind — die Instillationen, aber noch mehr die Ausspritzungen des Gehörgangs. Zu solchen werden ja

freilich Desinficientia oder sterile Flüssigkeiten genommen. Sie wollen den Eiter entfernen, resp. die Eiterung verhindern oder sie zum Schwinden bringen. Ich habe dieses Verfahren seinerzeit leider auch angewandt, es sind damals aber auch die Mängel und Gefahren desselben mir derart aufgefallen, dass ich eine andere Behandlungsweise der Otitiden eingeschlagen habe, die mir wesentlichen Nutzen gebracht hat, aber vom Spritzen hatte ich mich leider lange nicht emanzipieren können. Den Anstoss dazu, die Ohrenspritze bei eitrigen Otitiden aufzugeben, gab mir, wie wohl vielen anderen Ohrenärzten Loewes Vorschlag, auf den ich gleich zu sprechen komme. Zu derselben Zeit ungefähr erklang auch der Warnungsruf E. v. Bergmanns, des Ersten, der den Gefühlen so manchen Ohrenarztes laut Ausdruck gegeben hatte. In der Sitzung der chir. Gesellschaft zu Berl. (Berl. klin. Wochenschr. 1888, Nr. 52, pag. 1056 und 1889, 21. Jan. p. 53) vor mehr als 15 Jahren, sprach er die warnenden Worte, die leider auch heute noch gar nicht ihre Bedeutung verloren haben. Es werde wohl im allgemeinen vor energischem Spritzen gewarnt, meint er, aber er habe, „mit solcher Vehemenz ausspritzen sehen, dass er dem gegenüber nicht glaubt, schweigen zu dürfen." Er weist auf die chirurgische Praxis hin, wo „das gewaltsame Ausspritzen für das schlechteste Verfahren" gelte. Man treibe (bei Schussverletzungen) „das Entzündungsprodukt in die Interstitien hinein, die bis dahin noch nicht zur Eiterung veranlasst worden wären und schaffe in ihnen jetzt Phlegmone. Das ist eine so feststehende Erfahrung, dass an derselben gar nicht zu rühren ist" — „Ich bin allerdings nicht in der Lage, fährt er fort, etwas Besseres (als die Ausspritzung) zu geben, weil ich im Augenblick nichts Besseres weiss", — „aber ich möchte auch heute noch die Forderung an sie (die Ohrenärzte) stellen, dass sie nicht in Gegensatz zu den allerwichtigsten chirurgischen Erfahrungen sich stellen".

Man hatte damals eingewandt, E. v. Bergmann gehe zu weit mit seinen Bedenken. Doch dem ist nicht so, und was er von der Gefahr des Eintreibens in die Interstitien bei Schussverletzungen sagt, stimmt fast haargenau im Mittelohre, wie wir gleich sehen werden.

Urbantschitsch schon hält die in der Paukenhöhle sich vorfindenden fadenförmigen und membranösen Verbindungen zwischen den Wänden der Trommelhöhle für Residua einer unvollständig erfolgten Resorption des embryonalen Gewebes. Genauere anatomische Untersuchungen bringen R. Forns (Ann. des mal. de l'oreille etc. 1898) dazu, diese für normale Gebilde zu erklären. Die Membranen („espèce de tuniques") umgeben die einzelnen Teile der Paukenhöhle und bilden ein System von Höhlen, welche die Trommelhöhle in mehrere Kompartiments teilen. Er findet deren hauptsächlich zwei, eine obere, die er „compartiment tubaire" nennt, und eine untere, „compartiment attico-mastoidien" und ausserdem noch mehrere kleinere. Durch ein Experiment beweist er die Existenz der grossen Scheidewand. Eine Kanüle wird in die Tuba Eustachii eingeführt und die Aussenwand des Antrum mastoideum entfernt. Beim Durchspritzen unter schwachem Drucke (4—6 Cm.) fliesst kein Wasser durch die Mastoidalöffnung ab. Er macht nun die Paracentese des Trommelfelles. Jetzt fliesst beim Durchspritzen, bei demselben Drucke, das Wasser zum äussern Gehörgange heraus. Es war also damit konstatiert, dass vordem keine Verstopfung (etwa in der Tube) vorhanden gewesen. Nun obturiert er wieder den äussern Gehörgang vollständig, und beim Spritzen unter leichtem Drucke kommt abermals keine Flüssigkeit durch die Mastoidalöffnung zum Vorschein. So wie er aber den Druck steigert bis auf 24—26—30 Cm., so fliesst die Flüssigkeit zur Mastoidalöffnung hinaus. Die Scheidewand ist gesprengt.

Auf das eben erwähnte anatomische Verhältnis führt er den Erfahrungssatz zurück, dass so relativ selten die Mittelohrentzündungen auf die Mastoidalhöhle übergehen.

Das Perhorreszieren der Politzerschen Douche in diesem Fall und das Ausspritzen der Ohren, zumal forciert ausgeführt, ist also, m. H.! kein bloss theoretisches Bedenken. Wer die Sachlage des andern Teils der v. Bergmannschen Worte betrifft, er wisse nichts statt der Ausspritzungen zu empfehlen, so hat sich diese im Laufe der 15 Jahre recht günstig verändert. Allmälig verbreitet sich diese Errungenschaft und wird wohl hoffentlich bald Gemeingut aller Aerzte werden.

Wie ich schon erwähnt, gab Löwes Vorschlag den ersten Anstoss zu meinen Versuchen. Löwe säubert erst genau den Gehörgang, tamponiert ihn dann leicht mit Wattebäuschchen und macht darauf die Politzerschen Douche, um den Eiter aus der Trommelhöhle zu entfernen. Dann entfernt und erneuert er die Wattebäuschchen wiederholt, bis kein Eiter mehr in dieselben durch die Perforationsöffnung durchdringt. Es folgt nun die definitive Tamponade des Gehörgangs. Diese Prozedur muss bis zur Sistierung des eitrigen Prozesses 1–2 mal täglich wiederholt werden.

Ein Fortschritt ist dieses Verfahren jedenfalls, doch sind die Mängel noch recht gross. Das Verfahren ist zu kompliziert, um dem Patienten allein überlassen zu werden, und muss vom Arzte selbst ausgeführt werden. Dazu gebricht es wohl beiden an Zeit und Geduld. Und die Gefahr der Verbreitung des Prozesses in Gebiete, die bis dahin noch nicht erkrankt waren, ist nicht vermieden, sondern eher noch erhöht, zumal bei kleiner, ungünstig gelegener Perforationsöffnung. Der Schwerpunkt, das punctum saliens, liegt in der Drainage. Drainiert man gut, so muss ja die Eiterung unter gewöhnlichen Bedingungen versiegen. Wird dabei die kranke Nase, der kranke Nasenrachenraum und Rachen behandelt, so muss ja die Möglichkeit einer Invasion per tubam auf ein Minimum reduziert werden. Vorauf noch eine genaue Säuberung des Gehörgangs. Dann ist man jeder Spritzerei überhoben. Unterstützt wurde ich dabei durch die sich gerade in der Chirurgie einbürgernde trockene Wundbehandlung. Und seitdem wende ich bei Behandlung der Otitiden ein Verfahren an, das eine Kombination von mehreren früheren Vorschlägen ist und mit dessen Erfolgen ich durchaus zufrieden sein kann. Mit demselben glaube ich erstens am wenigsten zu reizen, dann zweckmässig zu drainieren und die Invasion von Infektionsträgern soviel als möglich zu eliminieren. Ausserdem ist das Verfahren so handlich, dass es von jedermann ausgeübt werden kann.

Ich verfahre folgendermassen. Schon gleich im Beginne einer akuten Mittelohrentzündung, wenn ausser Schmerzen im Ohre noch keine weitere Symptome vorhanden sind, das Trommelfell nur eine geringe Rötung aufweist, schon dann wende ich am liebsten sofort heisse, feuchte Kompressen an. Ich gehe dabei von dem bekannten Erfahrungssatze aus, dass die feuchte Wärme schmerzlindernd ist und den Reparationsprozess des Organismus unterstützt. Also heisse, feuchte Kompressen, und nur sie allein. Jede andre lokale Medikation, die sonst angewandt wird, wie Jodpinselungen, Applikation von Vesicantien, Narcotica, Salben, Instillationen, Ausspritzungen des Ohres (soweit sie nicht einfach nur eine Säuberung des Gehörgangs bezwecken) vermeide ich grundsätzlich.

Ich leugne nicht die Möglichkeit, dass bei einem akuten Katarrhe zuweilen Besserung, auch Heilung, dadurch erzielt wird, wenn der processus mastoideus gründlich mit Jod gepinselt wird. Leider wird damit aber nur zu häufig Unfug getrieben, so dass die ganze Ge-

gend um das Ohr herum bis tief zum Halse und Nacken hin braun bepinselt erscheint. Die Empfindlichkeit der durch das Jod gereizten Haut und die zuweilen recht heftig danach auftretende Dermatitis sind schon an und für sich störend, noch mehr aber, wenn es darauf ankommt, den processus mastoideus auf seine Schmerzhaftigkeit zu untersuchen, ein wichtiger Moment für den etwaigen operativen Eingriff. — Ganz von demselben Standpunkte aus ist die Applikation von Vesicatorien zu beurteilen.

Ebenso möchte ich dem praktischen Arzte den Rat geben, nicht sofort mit der Verordnung von sog. schmerzlindernden und resorbierenden Salben bei der Hand zu sein. Und leider werden sie gar zu gerne und zu sehr larga manu appliziert. Sie verschmieren die ganze Gegend und erschweren dadurch die Untersuchung. Man muss den Patienten erst gründlich säubern und macht ihm damit unnütze Schmerzen. Dabei helfen sie radikal gar nichts. Man verliert, da man sich unnützer Weise und zu lange auf diese Medikation verlassen hat, nur Zeit und zuweilen vielleicht auch den richtigen Moment für den rettenden, operativen Eingriff. Eine Ausnahme könnte ich doch bezüglich der Credé'schen Collargolsalbe machen, deren Einfluss auf den Eiterungsprozess auch hier nicht gering anzuschlagen ist.

Die Instillationen von warmem Oele, rein oder mit Desinfizientien, und von wässrigen medikamentösen Lösungen wende ich auch nicht an, da deren Wirkung nur auf der der Wärme beruht und diese in gründlicherer Weise durch die Kompressen erzielt wird.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich erwähnen, dass übrigens bezüglich der Wärmeapplikation nicht alle Otiatren derselben Meinung sind. Es wird gerade für die Anfangsfälle von vielfacher Seite, ich möchte sagen, von der grösseren Hälfte der Ohrenärzte, die Kältebehandlung empfohlen, sei es als Eisumschläge, kalte Kompressen oder mittelst der Leiterschen Röhren. Ich muss sagen, ich habe wenig Erfolg dabei gesehen, ebenso wenig wie bei der Kältebehandlung von Anginen. Vielleicht mag sie auch einigen Individuen angenehmer sein, als die Wärme [1]). Mein eigenes subjektives Gefühl neigt mehr zu letzterer. Ich habe es selbst bei einem Mittelohrkatarrh vor einigen Jahren empfunden, wie angenehm und wohltuend die feuchte Wärme ist. Dasselbe haben mir meine Patienten bisher immer auch bestätigt. Aber auch theoretisch betrachtet hat die Kälte keinen Vorzug bei Entzündungen und ist als therapeutisches Agens auch allmälich immer mehr in den Hintergrund getreten, wie wir das im Gebiete der Chirurgie sehen. Die auf die Kontraktion der Gefässe folgende Dilatation derselben beim Weglassen der Kälte macht auch deren Anfangswirkung illusorisch.

Für die Wärmeapplikation spricht auch eine experimentelle Arbeit von Schäffer, die ich zwar nur aus einem Referate der „Deutschen med. Wochenschrift" 1901, Nr. 30 über eine Sitzung der schles. Gesellsch. f. vaterl. Kultur in Breslau kenne. Sch. berichtet über die Einwirkung von Hitze, Kälte u. s. w. auf Entzündungsprozesse in der Haut. Eitrige Fäden werden eine Strecke weit unter der Haut eines Kaninchens gezogen. An beiden Oeffnungen bleiben die Fäden heraushängen An der einen wurden heisse Umschläge, Eisumschläge etc. gemacht, an der andern garnichts. An dieser letztern trat stärkere Leukozytose auf, an der anderen wurde bei heissen Kompressen „die Entzündung fast vollständig hintangehalten; am wenigsten wirksam war die Eisblase." — „Es kann also gesagt werden, dass Wärme die Entzündung am zweckmässigsten verhindert", heisst es im Referate.

[1]) In letzter Zeit habe ich in einem Falle allerdings Erfolge nach Eisbehandlung gesehen, wo mich die Wärme im Stiche gelassen hatte.

Kommen wir nach dieser Abschweifung wieder zu unserer Behandlung mit den heissen Kompressen zurück. Ich wende sie fast ganz noch in derselben Weise an, wie sie Zaufal seinerzeit empfohlen und worüber ich damals in der „St. Petersb. med. Wochenschr." (1884 p. 971) referiert habe. Unwesentlich habe ich sie verändert, und zwar durch die Armenpraxis dazu veranlasst. Statt der teuereren Burowschen Lösung nehme ich jetzt die offizinelle Aqua Goulardii. Sie leistet denselben Dienst. Bei den Lösungen ist das Eine gemeinsam: sie reizen die Haut auch bei längerem Gebrauche gar nicht. Die sonst nach Kompressen so häufig auftretende Dermatitis kommt nur äusserst selten vor. Ausserdem ist die Aqua plumbi viel billiger, zu jeder Zeit und überall zu haben.

Die Aq. plumbi wird bis zum Kochen erwärmt, und in dieselbe werden die Wattebäuschchen eingetaucht. Ein kleineres, ca. 2—3 Cm. langes, etwas konisch geformtes, wird leicht ausgedrückt und dann in den Gehörgang hineingelegt. Mit etwas grösseren (ebenso feuchten und so warm, als sie vertragen werden) wird die Concha ausgefüllt. Dann werden drei Wattestücke von Handflächengrösse und etwa 3—4 Cm. Dicke, ebenso präpariert, nur fest ausgedrückt, um das kranke Ohr gelegt, und zwar eins vor das Ohr, eins hinter dasselbe und das dritte auf dasselbe, so dass das ganze Ohr und etwa 4—5 Cm. der Umgebung desselben in dieser feuchten, heissen Watte zu liegen kommen. Statt drei kann man auch ein entsprechend grosses, und dickes, rundes Wattestück nehmen. Die Manipulationen müssen schnell gemacht werden, damit die Wattebäusche nicht abkühlen, was äusserst schnell geschieht. Es hat das zwar seine Schwierigkeit, da die Prozedur ein wenig empfindlich für die Finger ist. Darauf folgt eine impermeable Schicht und darüber einfache Watte oder Flanell und Fixation durch Binden [1]). Natürlich muss der Verband so angelegt werden, dass keine Oeffnungen und Lücken vorhanden sind, was rasche Abkühlung und völliges Austrocknen des Verbands nach sich ziehen würde. Bei gut angelegtem Verbande ist nach 12 Stunden, nach welcher Zeit ich ihn wechseln lasse (Zaufal liess ihn 24 St. lang liegen), noch ganz warm und feucht. Dieser Verband ist so einfach, dass er nur sehr geringe Anforderung an Intelligenz oder Geschicklichkeit beansprucht und von jedem Patienten, resp. dessen Umgebung, gut angelegt werden kann, und auch ausgeführt wird, wenn man sie nur darauf aufmerksam macht, dass genau und sauber gearbeitet werden muss.

Die Wirkung ist immer eine prompte. Gleich nachdem die Kompresse angelegt ist, tritt zwar zuweilen eine Verstärkung der Schmerzerscheinungen ein, die bei ängstlichen, nervösen Personen, denen die Einpackung überhaupt schon nicht behagt, und die infolgedessen den Verband abreissen wollen, etwas störend ist. Wenn man es ihnen aber vorher sagt, so sind auch die ungebärdigsten Patienten folgsam. Und die beruhigende Wirkung tritt bald ein. Die Schmerzen lassen relativ schnell nach. Ich habe unter diesem Verbande selbst die wütendsten Schmerzen von Osteomyelitiden des Zitzenfortsatzes erträglich werden und sehr häufig spontane Perforationen unbemerkt eintreten sehen.

Diese Behandlung setze ich fort, bis entweder vollständiger Rückgang des Prozesses erfolgt oder die Perforation lege artis oder sua sponte eintritt. Ich muss hierbei bemerken, dass ich wohl dank den Kompressen

[1]) Am Kinne.

selten in die Verlegenheit gekommen bin, mit dem Messer ans Trommelfell zu gehen, was in Hinblick auf die R. Forns'sche Beobachtung nicht ganz ohne Belang ist. — Tritt nun die Perforation unter dem Verbande ein, so haben wir in demselben eine vorzügliche Drainagevorrichtung und einen Schutz gegen Infektion.

Jetzt fahre ich in dieser Behandlungsweise so lange fort, bis die akutentzündlichen Erscheinungen nachgelassen haben. Es kommt gewöhnlich recht bald zu totaler Heilung, ohne dass es zur Eiterung gekommen wäre. Das blutige, schleimige Exsudat versiegt, und die Perforation heilt. Bei Influenza und den Erkältungskrankheiten, wie wir sie in letzter Zeit so häufig in Petersburg haben und die wohl nur modifizierte Influenzen sind, ist das sehr häufig der Fall.

Aber nicht immer gelingt es. Es kommt doch zur Eiterung. Die akutentzündlichen Erscheinungen lassen nach, aber die Eiterung persistiert. Ausserdem sind einige Otitiden von vornherein eitriger Natur, zu denen die nach Scharlach und überhaupt nach akuten Infektionskrankheiten gehören. Drittens kommen die Patienten in späteren Stadien der Ohrenerkrankung, wo die Eiterung schon wochen- und monatelang besteht, in unsere Behandlung. In diesen Fällen ist natürlich die Kompressenbehandlung unnütz. Da blieb uns bis vor kurzem nur das Ausspritzen der Ohren mit desinfizierenden Flüssigkeiten übrig. Jetzt haben wir, wie ich schon erwähnt, in der Trockenbehandlung, zu der ich vor ca. 10 Jahren überging, einen wertvollen Ersatz.

Der Gehörgang muss sorgfältig gereinigt werden. Das ist seiner Zeit gar nicht so leicht gewesen, wenn der Eiter verdickt war und fest an den Wandungen und in der Tiefe des Gehörganges sass. Jetzt ist die Sache viel einfacher. Eine Einträufelung einer 1—3prozentigen H_2O_2-lösung und Liegenlassen derselben im Gehörgange ca. 5—10 Minuten lang bewirkt unter Aufschäumen ein Lockerwerden der festen Massen, die jetzt leicht zu entfernen sind. Und nun wird der Dauertampon eingelegt. Derselbe wird folgendermassen fabriziert. In die Mitte eines Wattebausches von 4—5 Cm. Länge, 3 Cm. Breite und 4 Mm. Dicke wird ein glattes Metallstäbchen (Strumpfstricknadel) gelegt, über dasselbe zusammengeklappt und zwischen den Fingern gedreht. Dadurch wickelt sich um das Stäbchen ein recht festsitzender 3—4 Cm. langer, weisser Tampon auf, der dann in den Gehörgang eingeführt wird. Die Sterilisierung eines solchen machte mir damals recht viel Mühe. (Ich gebrauchte Borsäurespiritustampons, die angezündet wurden. Der Spiritus verbrennt, und der Wattetampon ist fertig zum Gebrauch). Jetzt ist die Sache ganz einfach, da aseptische Marly und Watte käuflich zu haben sind.

Und damit wäre die Trockenbehandlung erreicht gewesen. Ich meinte aber damals auf die bessere Drainage verzichten zu sollen und den Wattetampon mit einer antiseptischen Salbe zu tränken, um auf diese Weise ihn zu desinfizieren. Auch jetzt noch ist damit zu rechnen, da in den Händen der Patienten das aseptische Material nicht steril bleibt und daher eine antiseptische Bearbeitung des Materials nicht unnütz sein wird. Dabei hatte ich noch den Vorteil im Auge, dass eine Otitis externa, die bei länger dauernden Eiterungen nie fehlt, zugleich mit behandelt wird oder ihr vorgebeugt werden kann, da die Haut des Gehörgangs dadurch vor dem Einfliessen des Eiters geschützt wird. Ich verwandte die allgemein bekannte rote Praecipitatsalbe (in der Proportion: Hydrarg. praecipit. rubr. 0,2, Vasel. opt. flav. 4—5,0) zur Einfettung des Tampons. Mit dieser wird der Tampon getränkt und in den Gehörgang bis an das Trommelfell eingeführt. Ich war überrascht von der Wirkung des Tampons. Die Drainierung, auf die ich zu verzichten glaubte, war fast gar nicht verhindert. Die Tampons waren ganz von Eiter durchtränkt; der Eiter passierte also den Wattetampon. Von einem wesentlichen Hindernisse war keine Rede. Worauf das zu beziehen, weiss ich nicht. Vielleicht hängt das damit zusammen, dass der Eiter alkalisch ist und Alkalien mit Fetten verseifen, wodurch die Kapillarität der Watte wieder hergestellt wird. Analoges sehen wir auch bei den Salbenverbänden granulierender Flächen.

Ausser der Präcipitatsalbe habe ich eine Zeit lang das zitronen- und milchsaure Silber in Salbenform angewandt. Mit den Resultaten war ich gar nicht unzufrieden, aber bessere, als mit dem Präcipitat, habe ich nicht erzielt.

Jodoformsalbentampons und Jodoformmarly habe ich auch angewandt, doch gab ich diese Behandlung bald auf. Erstens fällt der zu sehr auf. Er wird zu häufig über sein Uebel inquiriert. Und Ohrpatienten sind im allgemeinen sehr scheu, lieben nicht aufzufallen, suchen ihr Leiden zu cachieren und dessen Existenz sogar zu negieren. Andererseits ist die Hautreizung des Jodoforms zu bekannt, um genauer auf dieselbe im Gehörgange eingehen zu müssen.

Ob eine Wirkung des Desinfiziens in der Tiefe, in der Paukenhöhle zustande kommt, wage ich eigentlich nur vermutungsweise zu bejahen. Sie scheint mehr als wahrscheinlich zu sein. In diesem Sinne machte ich einige Versuche. Natürlich eignet sich dazu die Salbenform wenig. Ich versuchte daher nach sorgfältiger Reinigung des Gehörgangs in ihn und die Paukenhöhle desinfizierende ölige Lösungen hineinzubringen. Ich betone — Lösungen, nicht Emulsionen, denn bei letzteren muss das Medikament als Niederschlag sich absetzen, und es könnten dann die bekannten Fremdkörperwirkungen auftreten, wie bei der Pulverbehandlung der Otitiden, weswegen sie jetzt meist auch aufgegeben ist. Aber es gelang mir nicht, ölige Lösungen herzustellen. Das rote Praecipitat, das Jodoform, das Itrol lösen sich schlecht in Oelen. Dazu kommt noch, dass die Sterilisation der Oele seine Schattenseiten hat, da sie beim Erhitzen sich verfärben, dunkel werden.

Nach mehrfachem Probieren fand ich beides, ein Oel, das sich kochen lässt, ohne dabei sich zu verändern, und ein Desinfiziens, das sich in demselben gut löst. Das ist das Paraffinum liquidum germanicum und das Chloreton. Und seit 2 Jahren wende ich neben dem roten Präcipitat das Chloreton an. Reinigung des Ohrs (ohne oder mit einer H_2O_2-lösung), Einträufelungen von Chloreton (1—10 pCt. Lösung) ins Ohr, Verbleiben derselben 15 Min. lang im Ohre (Pat. liegt auf der entgegengesetzten Seite), Ausfliessenlassen derselben und schliesslich Tampons mit Watte oder Marly, 2mal täglich auszuführen. Dieser Behandlung gebe ich jetzt den Vorzug, nur ist bei hartnäckiger Otitis externa die Präcipitatsalbe, wenn auch zeitweilig, vorzuziehen.

Indem ich schliesse, möchte ich noch bemerken, dass ich absichtlich nur die Lokalbehandlung des Ohres allein berücksichtigt habe und auf die selbstverständliche entsprechende der oberen Luftwege und die der ursprünglichen Erkrankung, als über den Rahmen meines kurzen Vortrages hinausgehend, nicht eingegangen bin.

Dass ich mich dazu entschlossen habe, an dieser Stelle über die Behandlung der Ottitiden zu sprechen und auch mein Verfahren zu schildern, das, wie ich schon bemerkt, nicht neu ist und nur eine Kombination einiger anderer darstellt, möchte ich damit motivieren, dass mein Vorgehen den Vorzug der Handlichkeit beanspruchen kann und vielleicht sich dadurch Freunde erwecken wird, und dann, dass ich es für notwendig erachtet

habe, wieder einmal auf die Gefahren der Spritztherapie aufmerksam zu machen, die leider Gottes immer noch en vogue ist, wovon ich mich fast täglich zu überzeugen habe.

Referate.

Prof. W. Podwyssozki: Ueber Autolyse und Autophagismus in Endotheliomen und Sarkomen, als Grundlage zur Ausarbeitung einer Methode der Heilung unoperierbarer Geschwülste. (Beiträge zur pathol. Anatomie und zur allgem. Pathologie, redigiert von E. Ziegler. Band XXXVIII. 1905).

Die einseitigen Bestrebungen, auf jeden Fall einen Mikroorganismus als Ursache des Karzinoms resp. der Sarkome aufzufinden, haben die Forscher stark vom Studium der Morphologie der Geschwülste abgelenkt und viele Eigentümlichkeiten des feineren Baues ausser acht gelassen. Degenerationserscheinungen und Produkte des Absterbens einzelner Krebs- resp. Sarkomzellen werden nicht selten als Parasiten angesehen, namentlich die sich in den Zellen vorfindenden eigenartigen Gebilde, gegen deren parasitäre Natur Verf. sich entschieden aussprechen muss. Dieselben sind nichts anderes als eingeschluckte Zellen der Geschwulst selbst, der Prozess aber des Aufgenommen- oder Aufgefressen-Werdens der einen Geschwulstzellen durch die anderen ist eine Kundgebung jenes im Organismus so weit verbreiteten Kampfes der Teile unter einander und speziell eine Erscheinung der Autolyse und des Autophagismus, die bei pathologischen Prozessen eine so wichtige Rolle spielen». Es ist ja wohl schon allgemein bekannt, wie bei den Hornkrebsen die einzelnen der Verhornung anheimgefallenen und überhaupt absterbenden Krebszellen von den Leukocyten in ganzen Schwärmen umgeben und von allen Seiten benagt werden.

Die Rolle der Fresszellen spielen in den Krebsen und mesodermalen Geschwülsten die Zellen der Geschwulst selbst und zwar sind es die jüngeren, lebensfähigeren, welche die älteren überfallen und fressen. Das Studium der sich in den einzelnen Zellen abspielenden intrazellulären Verdauung zeigt, dass die Grösse und Dimensionen der phagozytierenden Tumorenelemente von der Zahl der aufgenommenen Zellen abhängen. Haben die Phagocyten mehrere Zellen in sich aufgenommen, so können sie kolossale Dimensionen annehmen (wahre Megalophagen) und sieht man dann in ihrem Protoplasma eingeschluckte Tumorzellen in verschiedenen Stadien regressiver Metamorphose, einzelne mit noch erkennbaren wenn auch schon geschrumpftem Kern, andere von allen Seiten abgenagt, Reste früherer Zellen in Gestalt kugelförmiger, ovaler oder sichelförmiger Klümpchen, die jedes in seiner Vacuole ihren Platz haben. Die deutlichsten Bilder erhält man aus in Fleming'scher Lösung frisch fixierten Geschwulststückchen, wo man alle Uebergänge von deutlich erkennbarer kaum veränderter Zelle bis zu Zellenästen sehen kann.

Auf ein ungeübtes Auge machen die Megalophagen den Eindruck von Sporocysten mit kugelförmigen Körperchen angefüllt, oder sie werden für Myxomyceten gehalten. Dieselben Zellen hat Verf. auch in Lymphknötchen des Darmkanals bei Abdominaltyphus gefunden, wo derselbe Prozess einer Nekrobiose und Autolyse einer Anzahl von älteren und schwächeren, vergifteten Zellen stattfindet, die von den Endothelzellen gefressen werden.

Aus dem Dargelegten ergibt sich als unzweifelhaft, dass in schnell wachsenden mesodermalen Tumoren eine beständige Autolyse und Autophagismus stattfindet, d. h. eine beständige Ausrottung aller schwachen Zellen durch stärkere.

Diese Ausrottung kann man, wie es scheint, durch in den Körper eingeführte Substanzen, die im allgemeinen eine Autolyse von pathologisch verändertem Gewebe hervorrufen, verstärken, so z. B. durch Arsensalze, Jodalkalien etc. In einem vom Verf. untersuchten Endotheliom der Wange, wo vor der Operation Arsen innerlich gebraucht worden, war die Erscheinung des Autophagismus ganz ausserordentlich stark ausgeprägt, die Zahl der vollgepropften Megalophagen sehr gross. Auch Serum eines Tieres, dem Saft aus einem entsprechenden Tumor injiziert worden, muss diese Wirkung haben, desgleichen fördert auch das Radium die Autolyse der pathologisch veränderten Gewebe.

Würde es gelingen, Bedingungen zu finden, unter denen sich der Vermehrungsprozess der Tumorzellen verringert, so könnte man durch Verstärkung der Autolyse und des Autophagismus die Möglichkeit erreichen, Geschwülste, die nicht mehr operierbar, zum Schwinden zu bringen.

Weitere Forschungen auf diesem Gebiet wären im hohen Grade interessant und wünschenswert.

Petersen.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dr. R. Waldvogel: Die Acetonkörper. Stuttgart 1903. Verlag von Ferdinand Enke.

Verf., dem wir auf dem Gebiete der Acetonkörperausscheidung bereits eine Reihe wertvoller Arbeiten verdanken (er war der erste, der für die Entstehung der Acetonkörper aus Fett eintrat) hat sich der dankenswerten Aufgabe unterzogen, alles bisher in dieser Frage bekannte Material zusammenzutragen und einer kritischen Sichtung zu unterziehen. Ein jeder Arzt, einerlei welcher Spezialität er angehört, stösst wohl ständig bei seinen Patienten auf das Symptom der Acetonkörperausscheidung und fragt sich oft vergebens nach dem Grunde dieser Erscheinung. Wenn die Forschungen auf diesem Gebiete auch noch lange nicht abgeschlossen sind, so wird ein jeder Leser aus dem vorliegenden Werk sich doch viele derartige Fragen beantworten können.

E. Koch.

G. Schmorl: Die pathologisch-histologische Untersuchungsmethoden. Dritte neubearbeitete Auflage. (Leipzig. Verlag von F. C. W. Vogel. 1905).

Vier Jahre nach der zweiten hat die neue Auflage vielfache Zusätze entsprechend den Fortschritten der Technik erfahren. Dabei ist die Uebersichtlichkeit der Anordnung bei Klarheit der Darstellung und Präzision der Angaben erhalten geblieben, während ein sehr vollständiges Sachregister das Nachschlagen leicht macht. Das Buch wird zu den alten noch neue Freunde gewinnen.

Ucke.

Prof. Bayer (Strassburg): Die Menstruation in ihrer Beziehung zur Conceptionsfähigkeit. Verlag von Schlesier u. Schweikhardt in Strassburg.

In der kleinen Schrift ist zunächst die neuere Auffassung vom cyklischen Charakter der weiblichen Lebensprozesse kritisch erörtert und die Beziehungen zwischen Ovulation und Menstruation beleuchtet. Danach gelangt der Verfasser auf Grund einer vergleichenden Betrachtung von Menstruation und tierischer Brunst und auf Grund eigener Untersuchungen zu einer neuen Theorie, welche jene in eine direkte Beziehung zur Empfängnisfähigkeit stellt und damit ihren Ursprung und ihre Bedeutung als Anpassungserscheinung erklärt.

Dr. F. Salzer: Leitfaden zum Augenspiegelkurs. München 1905. J. F. Lehmanns Verlag.

Wohl giebt es eine ganze Anzahl von Büchern, in denen derselbe Stoff behandelt wird, aber in Bezug auf Anatomie, Optik und Physiologie müssen immer die einschlägigen Lehrbücher hinzugezogen werden, um volles Verständnis für das Thema zu schaffen. Auch werden oft mathematische Formeln als bekannt vorausgesetzt, was doch häufig nicht zutrifft. Diese Erwägungen haben Salzer veranlasst in seinem «Leitfaden zum Augenspiegelkurs» alle diesbezüglichen ophthalmologischen, anatomischen, optischen und physiologischen Fragen zusammenzufassen und so dem Anfänger im Augenspiegelkurs eine wesentliche Erleichterung zu bieten. Als Anhang ist dem Büchlein ein Phantom beigefügt, das die 3 Augenhäute in verschiedenen Zuständen darstellt.

Lezenius.

Brennecke: Reform des Hebammenwesens. (Magdeburg. Faber. 1901).

B. macht den Leser mit den Grundzügen der geburtshilflichen Ordnung im preussischen Staat bekannt. «Es empfiehlt sich», so heisst es dort, «an Stelle des Titels Hebamme in Zukunft die Bezeichnung Frauenschwester einzuführen». Diese

soll eine höhere oder mittlere Töchterschule durchgemacht haben. Alsdann soll es nur Bezirkshebammen geben, die von Stadt oder Land mit einem garantierten Einkommen angestellt werden. Verf. wünscht «grundsätzliche Beseitigung aller sogenannten freipraktizierenden Hebammen». Es ist wünschenswert, dass sich der Hebammenstand aus besseren Ständen rekrutiert, das Gehalt einer solchen soll dem einer Lehrerin gleichkommen. Der Unterrichtsmodus ist vielfach zu reformieren. Die Gründung der Heimstätten für Wöchnerinnen für Frauen der ärmeren Bevölkerungsschichten ist wünschenswert. Zum Schluss führt Verf. verschiedene interessante statistische Daten an, aus denen hervorgeht, dass die Todesfälle im Wochenbett noch sehr hoch sind, z. B. im preussischen Staat starben im Jahre 1893 von 1180310 Wöchnerinnen 5786 = 0,49 pCt.

Lingen.

J. Meyer: Zur Pflege des weiblichen Körpers im Wochenbett. Dorpat 1905.

Das Büchlein Meyer's ist sowohl an das gebildete weibliche Publikum, wie an Aerzte gerichtet. Zuerst bespricht Verf. die Veränderungen, welche sich am weiblichen Körper als direkte Folge überstandener Schwangerschaft finden, diese bestehen in Dehnung und Erschlaffung der Weichteile, Lageveränderung der Baucheingeweide und Störungen in den Zirkulationsorganen. Diese durch die Gravidität gesetzten Veränderungen führen zur «Untüchtigkeit», zur Insuffizienz des Körpers der modernen Frau sowie ihrer ernsten Aufgaben. Der jugendliche weibliche Körper wird durch Fehler in der Erziehung und durch unzweckmässige Kleidung geschädigt. Das Korsett der gebildeten und der Rockband der einfachen Frau rufen schwere Schädigungen hervor, daher ist eine Reform der Frauenkleidung durchaus erforderlich. Alsdann ist für körperliche Bewegung und Stärkung des Muskelapparates zu sorgen. Zu diesem Zweck empfiehlt Verf. schon am Tage nach der Geburt mit den Armen und Beinen aktive und passive Bewegungen und Streckungen unter mässigem, allmählich gesteigertem Widerstand zu üben, vom 4—5 Tage kommt die Bewegung des Rumpfaufrichtens dazu. In demselben Zeitpunkt wird mit der Uebung der Knieteilung, sowie des Knieschlusses begonnen, später werden diese Bewegungen mit erhöhtem Kreuz ausgeführt. Wenn Temperaturerhöhung, Pulsbeschleunigung eintritt, werden die Uebungen ausgesetzt. Verf. hat gute Erfolge erzielt. Vor dem 9.—10. Tage darf die Wöchnerin das Bett nicht verlassen, muss dann eine Leibbinde tragen, die gymnastischen Uebungen sind fortzusetzen.

Lingen.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

779. Sitzung am 29. November 1905.

Vors. Blessig. Sekretär O. Moritz.

1) Westphalen. Ueber Resorption im Darm.

In seinem Vortrage bringt Ref. die jetzt geltenden Anschauungen über die Vorgänge der Resorption im Darme zur Darstellung. Im Gegensatz zu früheren Anschauungen müsse betont werden, dass die Resorption der Nahrung nicht allein nach physikalischen Gesetzen erfolgt, sondern vorzugsweise durch eine aktive biologische Tätigkeit der Darmepithelien und der auf der Darmwand zahlreich vertretenen Leukozyten vermittelt wird. Manches scheint ferner dafür zu sprechen, dass die Resorption auch durch nervöse Einflüsse reguliert werde.

Es liesse sich vielleicht dadurch die Tatsache erklären, dass manche hierzu disponierte Personen unter dem Einflusse psychisch deprimierender Momente rasch abmagern, später aber auch wieder relativ rasch in die Höhe kommen. Ganz besonders schienen Ref. für eine nervöse Beeinflussung der Resorption im Darme 2 Fälle seiner Beobachtung (1 Fall von Hysterie, 1 Fall von Hysterie plus Morb. Basedowii) zu sprechen, wo es trotz überreichlicher Ernährung von fast 3000 Cm. pro Tag nicht gelang das Körpergewicht zum Ansteigen zu bringen, so lange ganz auffallend kopiöse, im übrigen aber normal geformte Stühle abgesetzt wurden und mit gleichzeitiger Besserung der nervösen Beschwerden eine Zunahme des Gewichtes erfolgte, als die kopiösen Stühle aufhörten und normal reichliche Entleerungen erfolgten. Allerdings lassen sich beide Fälle auch durch eine isolierte nervöse Hypermotilitätsneurose des Dünndarms erklären, bei welcher die Ingesta abnorm rasch durch den Dünndarm geführt wurden, in welchem ja fast ausschliesslich resorbiert wird. Dass eine solche isolierte motorische Dünndarmneurose theoretisch bei der Hysterie möglich ist, kann daraus geschlossen werden, dass nach Bechterew und Mstislawsky Dünndarm und oberes Colon verschieden vom übrigen Colon innerviert werden.

1. Die Albuminate als Hemialbumosen und Peptone, welche als solche dem Organismus giftig sind. Daher erfahren diese Körper wahrscheinlich im Gewebe eine Umformung in ungiftige Eiweisskörper. Zum grössten Teile werden die Albuminate von den Chylusgefässen resorbiert, zum geringen von den Blutgefässen aufgenommen und der Leber zugeführt, wo eine Entgiftung derselben stattfindet. Für eine solche giftzerstörende Funktion der Leber sprechen neben anderen Gründen auch die Versuche an Hunden mit Eckscher Fistel, d. h. ausgeschalteter Leberfunktion.

Solche Tiere gehen bei Fleischfütterung unter den Erscheinungen einer Carbaminsäurevergiftung (Pawlow, Nencki, Hahn) an Krämpfen und Coma ein, während vegetabilisch ernährte Tiere am Leben blieben. Auf den Ausfall einer entgiftenden Funktion der Leber dürfte wohl auch der schwere Intoxikationssymptomenkomplex zurückzuführen sein, dem wir zuweilen bei Kranken mit vorgeschrittener Lebercirrhose begegnen (psychische Unruhe, Pupillenstarre, Coma). (Wird durch 4 Krankengeschichten belegt.) Meist pflegen solche Kranke in einigen Tagen von der Autointoxikation zu genesen, wahrscheinlich, weil sie während des Comas keine Nahrung geniessen und Zeit gewinnen, die giftigen Produkte aus dem Körper zu entfernen. In praktischer Hinsicht empfiehlt es sich daher Kranke mit Lebercirrhose vorwiegend vegetarisch zu ernähren.

Neben den Albuminaten werden aber auch die Produkte ihrer Fäulnis im Darme resorbiert. Dieselben werden an Schwefelsäure gebunden als sog. Aetherschwefelsäuren durch den Harn, z. T. aber auch rein, nicht weiter umgewandelt, durch die Faeces ausgeschieden. Bekanntlich gründet sich auf die quantitativen Bestimmungen dieser Aetherschwefelsäure im Harn auch die klinische Methode einer quantitativen Bewertung der Eiweissfäulnis im Darme. Ref. berichtet über die verschiedenen Methoden, welche diese Darmfäulnis bemessen (quantitative Bestimmungen der täglich im Harne ausgeschiedenen Aetherschwefelsäuren und ihr Verhalten zu der präformierten Schwefelsäure im Harn (Baumann und Morax, van der Velden, Hoppe-Seyler) plus einer quantitativen Indolbestimmung in den Faeces (Bienstock), quantitative colorimetrische Indicanbestimmung im Harn (Strauss), denen allen mehr oder weniger der Fehler einer nur teilweisen Bestimmung der im Darme gebildeten und aus dem Körper ausgeschiedenen Fäulnisprodukte anhaftet. Für praktische Zwecke vollkommen ausreichend hält Ref. — zumal die eben genannten Methoden auch recht zeitraubend sind — die einfache qualitative Indicanbestimmung im Harn, sei es nach Jaffé oder nach Obermeyer, aus deren grösserem oder geringerem Ausfalle es nicht schwer ist, sich ein annäherndes Urteil über die Grösse der Eiweissfäulniss im Darme zu bilden.

2. Kohlehydrate. Unter denselben werden Dextrose, Galaktose und Laevulose direkt, Maltose und Rohrzucker erst nach Inversion in Dextrose vom Darme resorbiert, und zwar, falls nicht überreichliche Zuckermengen im Darme vorhanden sind, vom Blutgefässsystem aus, durch welches der Zucker in die Leber gelangt und dort teils gespalten, teils als Glykogen aufgespeichert wird. Nur wenn sehr viel Zucker in den Darm eingeführt wird, erfolgt auch ein Uebertritt desselben in die Chylusgefässe und von da in das Blut, wodurch sich z. B. auch die physiologische Glykosurie nach reichlichem Zuckergenuss erklärt. An dieser Stelle erwähnt Ref. auch der Laevuloseprobe von Strauss zum Zwecke einer Suffizienzprüfung der Leber. Trotz vielfachen Einwänden dürfte das Auftreten von Laevulose im Urin 4 Stunden nach Einnahme von 100 Gramm Fruchtzucker nach Chajas mit 90 pCt. Wahrscheinlichkeit für das Bestehen einer Lebererkrankung sprechen. Die Erfahrung des Ref. im Deutschen Alexander-Männer-Hospital scheint diese Tatsache zu bestätigen. Cellulose wird erst resorbiert, nachdem sie durch bakterielle Tätigkeit (Bac. clostrid. butyric.) gelöst ist. Die Resorptionsgrösse für Cellulose hängt einerseits ab von der Beschaffenheit und Zubereitung der Rohfaser — roh wird sie schlechter, gekocht besser ausgenutzt — andererseits von der Tierspezies. Huhn und Hund resorbieren Cellulose garnicht, das Rind am besten, der Mensch dürfte die Mitte halten.

3. Fette werden ausschliesslich als Neutralfette ausschliesslich von den Chylusgefässen aufgenommen. Es steigt der Fettgehalt des Chylus nach Einfuhr von Fett, nach Einbringen von Erucafettsäure gelingt es, diese im Chylus bez. in einem chylösen Ascites nachzuweisen. Fettsäuren und Seifen müssen nach vorhergehender Spaltung bez. Synthese zu Neu-

tralfetten umgewandelt werden. Die Grösse der Resorption hängt ab vom Schmelzpunkte der Fette, je höher derselbe ist, um so geringer ist die Grösse der Aufnahme. Auf den grossen Stearingehalt und dadurch höheren Schmelzpunkt dürfte auch die bekannte Unverdaulichkeit des Aalfettes und Hammeltalges zurückzuführen sein.

Was nun die Art der Resorption anbetrifft und die Mengen, welche an verschiedenen Stellen vom Darme aufgenommen werden, so weist Ref. auf die Arbeiten von Strasesko, Troitzki und Berlatzki aus der Schule Pawlows hin.

		pCt.		pCt.
Fleisch	im Dünndarm resorb.	90—95	es gelangen ins Colon	5—10
Brod	» » »	80	» » » »	20
Quark	» » »	100	» » » »	0
Rohes Hühnereiweiss	»	70	» » » »	30
Hartgekochtes Ei	»	100	» » » »	0

		pCt.				pCt.
V. Eiweiss	werden i. Dünnd. resorb.	91,4	i. Cocc.	2,6	es gel. i. Col.	7
» Kohlehydrat	» » »	98,0	»	0,2	» »	1,8
» Zucker	» » »	100	»	0	» »	0
» Fett	» » »	95	»	1,7	» »	3,3
» Albuminate	» » »	84	»	—	» »	16
» Milchfett	» » »	94	»	—	» »	6
» Milchzucker	» » »	93	»	—	» »	7

Diese Zahlen haben neuerdings noch durch Roehl eine Erweiterung erfahren, demzufolge aller eingeführten Nahrungs N. zur Resorption gelangt, mithin der N. im Kot aus Bakterienleibern, welche nach Strasburger ⅓ des Gewichtes des Trockenkotes ausmachen, ferner aus den Sekreten des Darmes, Schleim, Darmepithelien stammen dürften.

Dass übrigens auch ein Teil des Fettes in den Faeces einer gleichen Quelle seinen Ursprung verdankt, geht aus der Beobachtung am Hungerkünstler Cetti hervor, welcher bei jeglichem Nahrungsausschluss 0,97 Gr. Fett per Tag in seinem Stuhle ausschied.

Zum Schlusse berührt Ref. noch die Frage, ein wie grosser Teil des Dünndarmes bei einer ev. Operation reseziert werden kann ohne dauernden Schaden für die Gesundheit des Operierten. Auf Grund der experimentellen Arbeiten von Senn Trjebecki, Monari u. A. und der Stoffwechseluntersuchungen von Riva, Rocci, Plaut und Albu dürfte es möglich sei ca. 200 Cm = ⅓ des Dünndarmes des Erwachsenen (genauer, da der Dünndarm des Erwachsenen wechselnde Länge zeigt mit zu Grundelegung der Formel: 100 Cm Körperlänge entsprechen einer Dünndarmlänge von 387:5 Cm (Beneke)) zu entfernen, wobei es den Anschein hat, dass mit der Zeit eine kompensatorische Hypertrophie der restierenden Drüsenteile stattfindet, was Monari bei seinen Tieren direkt hat konstatieren können, durch welche es sich erklärt, dass die Resorption der Nahrung seitens der Operierten mit der Zeit eine zunehmend bessere wird. Jedoch dürfte es nicht gleichgültig sein, welcher Teil des Dünndarmes entfernt wird, insofern als die Schädigung durch den Ausfall von verdauendem und resorbierendem Darm eine um so grössere sein wird, je näher zum Duodenum reseziert wird.

(Autoreferat.)

Im Anschluss an den Vortrag von Westphalen bespricht Abelmann die Frage der Fettresorption. Trotzdem dass viele Autoren sich eingehend mit dem Vorgang der Fettresorption beschäftigt haben, bleibt doch noch vieles unaufgeklärt. Durch die Untersuchungen von Heidenhain, Gruenhagen und anderer Forscher ist es festgestellt worden, dass die Hauptmasse der zu resorbierenden Fette zunächst im Epithel der Darmzellen erscheint. Es ist ferner erkannt worden, dass die Lebensäusserung der Epithelzellen d. h. die sich in ihnen abspielenden chemischen Vorgänge für die Resorption der Nahrungsstoffe mit in Betracht kommen. Von diesem Standpunkte aus müssen wir die Bedeutung der Drüsensekrete für die Resorption der Fette studieren. In erster Reihe kommen hier in Betracht die Galle und der pankreatische Saft. Schon Tiedemann und Gmelin, später Bidder und Schmidt, Voit, Friedrich Müller haben konstatieren können, dass bei Abschluss der Galle aus dem Darm ein Teil der mit der Nahrung eingegebenen Fette nicht resorbiert wird, doch ist dieser Teil recht gering. Auch die Wistinghausen'schen Versuche, die beweisen sollten, dass die Galle den Durchtritt der Fette durch die Darmwand begünstige, indem sie durch Benetzung der Zellmembran eine Adhaesion zwischen den Epithelien und dem Fett vermittele, sind von Gröper wiederlegt worden. Man hat ferner der Galle die Fähigkeit zugeschrieben emulgierend auf die Fette zu wirken. Aber schon Claude Bernard machte darauf aufmerksam, dass beim Schütteln von Galle mit flüssigem Fett wohl eine feine Verteilung desselben eintreten könne, die Emulsion wäre aber sehr unbeständig, beim Stehenlassen scheide sich das Fett bald ab. Von der Unbeständigkeit der Gallenemulsion hat sich Abelmann auch häufig überzeugen können. Ganz anders verhält sich die unter dem Einflusse des pankreatischen Saftes entstehende Emulsion. Man führe folgendes Experiment aus: Pankreatinum Witte in schwach alkalischer Lösung wird mit irgend einem Fett, z. B. Olivenöl gemischt; es tritt sofort eine feine Emulsion auf, welche nach Hinzufügen von Säure bis zur stark-sauren Reaktion selbst bei mehrwöchentlichem Aufbewahren bestehen bleibt. Ueber die Bedeutung des pankreatischen Saftes für die Fettresorption hat Abelmann bereits 1889 im Strassburger Laboratorium Untersuchungen angestellt. Die Resultate derselben waren bekanntlich folgende: nach Totalextirpation des Pankreas können Hunde keine Spur von Fett zur Resorption bringen: alles eingegebene Fett erscheint in den Faeces wieder. Giebt man nun solchen Hunden zusammen mit dem Fette frisches Schweinepankreas, so wird sofort ein grosser Teil der Fette wieder resorbiert. Die Steatorrhoe kann also nur durch das Fehlen der Bauchspeicheldrüse bedingt sein. Ein weiterer und sehr wichtiger Punkt ist: — trotz fehlendem Pankreas werden die Fette schon im oberen Darmabschnitt als gespalten vorgefunden. Die Spaltung der Fette tritt somit auch ohne Bauchspeicheldrüse ein, die Resorption jedoch bleibt aus. Das weist doch mit Entschiedenheit darauf hin, dass bei der Resorption der Fette im Darm, der Spaltung derselben wohl kaum eine grosse Rolle zugeschrieben werden könne.

Die vorgeführten Tatsachen sprechen auch mit Entschiedenheit gegen die von Radziewski, Perewosnikow und Will aufgestellte Verseifungstheorie. Würde der Schwerpunkt der Fettresorption in der Verseitung der gespaltenen Fettsäuren liegen, so ist nicht einzusehen, weshalb bei Fehlen der Bauchspeicheldrüse die Fette nicht resorbiert werden können.

Wir müsen somit doch zur Theorie der Emulgierung der Fette zurückkehren und dabei annehmen, dass die Epithelzellen eine absolut aktive Rolle spielen müssen. Möglicher Weise kommt die besondere Einwirkung des Bauchspeichels auf die Resorption der Fette erst beim Kontakt der lebenden Epithelzellen mit dem Fett zustande. Wenn es somit klar ist, dass die Spaltung der Fette an sich oder wollen wir sagen, der Gehalt der Fette an freien Fettsäuren für die Resorption nicht massgebend sei, so müssen wir auch entschieden eine Menge von Nährpräparaten verwerfen, deren angepriesene leichte Resorbierbarkeit nur auf dem Gehalt von freien Fettsäuren beruhen soll. Als Beispiel nehmen wir das Mehring'sche Lipanin. Es ist bekanntlich ein reines Olivenöl mit einem 6proz. Fettsäuregehalt, welcher die leichte Resorbierbarkeit des Fettes bedingen soll. Wie bereits auseinandergesetzt wurde, spielt der freie Fettsäuregehalt doch eine untergeordnete Rolle; ausserdem tritt ja die Spaltung der neutralen Fette schon recht hoch oben im Darm auf. Wie Monk und Cash bereits im Magen eine Spaltung der Fette beobachtet haben, so tritt eine solche schon im Duodenum im ausgedehnten Masse zu Tage. Selbst bei pankreaslosen Hunden fand Abelmann im Duodenum 20—25proz. gespaltener Fettsäure. Dieses einfache Argument genügt, um den so gepriesenen besonderen Wert des Lipanins in richtiges Licht zu stellen.

(Autoreferat).

Diskussion:

Henking stellt an den Vortragenden folgende Fragen: 1) Welche Rolle spielt die Galle bei der Verseifung? 2) Welche Aufgaben hat der Dickdarm bei der Verdauung? 3) Haben Nährclysmata eine praktische Bedeutung? 4) Welche chemische, leicht auszuführende Reaktion ist als Indikator der Eiweissfäulnis im Darm für die Praxis zu empfehlen?

Abelmann: Bei der Spaltung der Neutralfette und der Verseifung hat die Galle keinen wesentlichen Anteil. Jedenfalls kann die Verseifung auch bei Gallenabwesenheit vor sich gehn — wie bei dem Müller'schen Patienten.

Westphalen spricht seine Verwunderung darüber aus, dass die Abelmann'sche Versuche, die sonst allseitig gewürdigt und in ihrer Bedeutung anerkannt seien, von Pflüger nicht berücksichtigt worden wären. Abelmanns Arbeiten haben eine noch grössere Bedeutung und wesentliche Erweiterung durch die Arbeiten der Pawlow'schen Schule gewonnen. Letztere hat bekanntlich gezeigt, dass der Pankreassaft erst durch die im Darmsaft enthaltenen Fermente, — die Enterokinase und die Lipase zur Wirkung gelangt, indem diese bei der Berührung mit Pankreassaft das Steapsin und das Trypsin zur Tätigkeit reizen.

Was die H.'schen Fragen betrifft, so ist die Antwort ad 1) von Abelmann gegeben worden, ad 2) besitzt das Colon in der Tat hauptsächlich nur die Aufgabe, die Faeces einzudicken — auf die Frage der Nährklysmen und die Antiperistaltik wird W. nächstens in einem Vortrag näher eingehen. ad 3) ist die bekannte Indicanprobe mit Mineralsäuren, unterchlorigsaurem Kalk und Ausschütteln mit Chloroform zu empfehlen — die eventuell nach H. Strauss — auch zur quantitativen Indigotinbestimmung dienen kann.

2) Germann: Ueber Seereisen zu Kurzwecken und über die Seekrankheit. (Wird demnächst in dies. Wochenschr. erscheinen.)

In der Diskussion betonen Feld und Masing die Gefährlichkeit der Seereisen für tuberkulöse Individuen. Die Häufigkeit der Tuberkulose in Japan, wie überhaupt auf Inseln, sprechen nicht für einen grossen Nutzen des Seeklimas für Patienten mit Visceraltuberkulose. Auch sind die starken Blutdruckschwankungen, wie sie bei Seereisen oft unvermeidlich sind, bei Neigung zu Blutungen bedenklich. Voss führt aus, dass das Wesen der Seekrankheit zwar noch nicht völlig geklärt, dass jedoch ziemlich sicher festgestellt sei, dass es sich um eine reine Neurose handelt. Deswegen sei von einer Behandlung solcher Patienten mit diversen Medikamenten wenig zu erwarten. Heuking schliesst sich dieser Auffassung an und empfiehlt als bestes Mittel gegen Seekrankheit die Ablenkung der Aufmerksamkeit. Beispielsweise schicke man solche Kranken bei Sturm auf die Kapitänsbrücke — davon hat H. mehrfach gute Erfolge gesehen. Germann betont, dass er absichtlich alles Theoretische bei Seite gelassen und seine Absicht nur darin bestanden habe, dem praktischen Arzt den gelegentlich grossen Nutzen von Seereisen vor Augen zu führen. Was die Tuberkulose betrifft, so ist er der Meinung, dass Anfangsstadien, und nur solche kommen natürlich in Betracht, oft gut beeinflusst würden.

Nachtrag. Neumann gibt in der Sitzung vom 13. Dez. nachträglich zu Protokoll, dass der bekannte Phthiseotherapeut Hermann Weber Meeressanatorien für Tuberkulöse empfohlen und die Ansicht vertreten habe, dass Matrosen relativ seltener an Tuberkulose erkranken, als Soldaten der Landarmee.

Protokolle
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1340. Sitzung am 31. Oktober 1905.

Masing: Edinger's Theorie der Entstehung von Nervenkrankheiten durch Funktion. (erschienen in Nr. 49/50 der St. Petersburger medizinischen Wochenschrift 1905).

Diskussion:

Kroug: Das Thema ist interessant nicht nur weil wir durch die Edinger'sche Theorie wichtige Aufschlüsse über die Aetiologie einiger Nervenkrankheiten erhalten haben, sondern auch dadurch, dass auf bisher recht dunkle Krankheitsbilder Licht geworfen werden dürfte. Die Edinger'sche Theorie ist nicht nur durch zahlreiche Erfahrungen der Klinik gestützt, sondern auch das Experiment hat wertvolle Beiträge und Beweise für die Richtigkeit der Theorie gebracht. Geht man auf die Entwicklungsgeschichte zurück und bedenkt, dass die ersten Vorgänge im Ei stets sehr typisch verlaufen, dass ferner das Nervensystem sich stets an bestimmter Stelle entwickelt, so muss man sich vorstellen, dass schon in den ersten Furchungszellen ganz bestimmte Zellen als künftige Nervenzellen differenziert werden. Man hat nun die Furchung künstlich beeinflusst und z. B. durch Teilung der Furchungskugel Individuen erzielt, die nur die halbe Grösse der normalen erreichten. Es folgt daraus, dass für jedes Individuum eine ganz bestimmte Menge Lebensenergie und Masse angewiesen ist, die durch eine Schädigung (Teilung etc.) vermindert werden kann und ist es verständlich, dass sowohl die Masse als auch die Lebensenergie gesondert von einer Schädlichkeit betroffen werden können.

So brüsk wie das Experiment arbeitet die Pathologie nicht. Es ist aber sicher, dass durch Gifte wie Lues, Alkohol etc. eine ganz bestimmte Schädigung der ganzen Masse oder einzelner Systeme des in Entwicklung begriffenen Organismus erfolgen kann. Das resultierende Individuum braucht nicht direkt krank zur Welt zu kommen, aber es ist entweder an Masse oder Lebensenergie geschwächt. Treten im Leben an ein solches hypoplastisch angelegtes Individuum Schädlichkeiten heran, so können sich in den in der Anlage geschädigten Organsystemen pathologische Prozesse entwickeln. Dabei ist es durchaus nicht notwendig, dass die Schädlichkeiten sehr gravierend sind. Es kann die Hypoplasie so hochgradig sein, dass schon die normale Funktion eines Organs oder Systems als Schädlichkeit wirkt und Krankheit hervorruft. In weniger hochgradigen Fällen bedarf es dazu einer gesteigerten Funktion, einer Ueberanstrengung. Auch für Krankheiten, für welche uns bisher das anatomische Substrat fehlt z. B. die Neurasthenie, müssen wir ähnliche Verhältnisse annehmen. Die Neurastheniker sind mit einem hypoplastisch angelegten Nervensystem ausgestattet, das den gewöhnlichen Schädlichkeiten des täglichen Lebens nicht widerstehen kann.

Wir sehen aus dem Ausgeführten, dass durch Edingers Theorie die Frage der Heredität sowohl als die der sog. Disposition sehr wesentlich einer Lösung näher gebracht werden können.

Masing wendet sich an Westphalen mit der Frage nach der Thoma'schen Theorie der Entstehung der Arteriosklerose und wünscht zu wissen, wie weit diese sich mit der Edinger'schen Theorie in Einklang bringen lässt.

Westphalen: Thoma führt die Arteriosklerose in letzter Linie auf ein Insuffizientwerden der Muskelschicht der Arterien zurück. Die bekannten Schädlichkeiten, die in der Aetiologie der Arteriosklerose eine Rolle spielen, schädigen vorwiegend die Muskularis. Durch Schwächung derselben kommt es dann zur Dehnung und hierdurch zur Erweiterung des Gefässlumens. Die Folge davon ist eine Stromverlangsamung des Blutes und kompensatorisch Wucherung der Intima der Gefässe an den erweiterten Stellen. Mit Edinger's Theorie deckt sich sehr gut die Tatsache, dass die Arteriosklerose sich in den Organen besonders stark entwickelt, denen eine stärkere Arbeitsleistung zugemutet wurde.

Westphalen macht weiter auf die Polyneuritis nach Influenza aufmerksam, deren Lokalisierung in bestimmten Nervenbezirken unter Umständen zugunsten der Edinger'schen Theorie gedeutet werden muss. So erinnert er sich zweier Fälle, wo eine rein motorische Lähmung zwei ausserordentlich muskelkräftige Individuen befiel; bei dem einen Patienten, einem Athleten, betraf die Lähmung die gesamte Körpermuskulatur, während bei dem anderen, einem Zirkusdirektor, nur die beim Reiten besonders in Anspruch genommenen unteren Extremitäten erkrankten.

Die Erkrankung des jungen Mädchens, die Masing in seinem Vortrage als Beispiel heranzog will Westphalen nicht als Neuritis, sondern wegen der bestehenden Schmerzen als Perineuritis gedeutet wissen.

Masing: Im weiteren Verlaufe traten Atrophien auf, mithin könne wohl von einer Neuritis die Rede sein. Im übrigen müsse man auch die Perineuritis zu den Nervenkrankheiten zählen.

Kroug: Neuritis und Perineuritis lassen sich schwerer exakt von einander scheiden. Parenchym und dazu gehöriges Bindegewebe bilden ein Ganzes; es kann wohl klinisch die Erkrankung des einen Gewebes prävalieren, betroffen sind aber stets beide gemeinsam. Die Schmerzen sprechen nicht absolut für Perineuritis, da auch eine Neuritis Schmerzen machen kann.

Blessig: In einem scheinbaren Widerspruch zu Edingers Theorie steht das Verhalten der Sehnervenatrophie bei Tabes, die man bei Leuten, welche ihre Augen viel in Anspruch nehmen, z. B. bei Gelehrten, häufiger erwarten müsste, als in anderen Berufsklassen. Dem ist nun nicht so, die tabische Sehnervenatrophie bevorzugt durchaus nicht die gebildeten Stände. Dieser scheinbare Widerspruch löst sich jedoch nicht nur, sondern bestätigt sogar die Theorie, wenn man die Augenarbeit in weiterem Sinne fasst. Denn tatsächlich arbeitet das Auge beständig so lange es geöffnet ist und ruht vollständig nur im Schlafe. So ist es auch erklärlich, dass die ersten Erscheinungen der sich Tabes am Auge bemerkbar machen, dass die Sehnervenatrophie zu den Frühsymptomen der Tabes gehört, denn der optische Apparat gehört zu den am meisten in Anspruch genommenen Teilen des gesamten Nervensystems. Praktisch ergiebt sich hieraus die Forderung strenger Schonung der atrophischen Sehnerven.

Kroug: Edinger hat auch schon auf den Opticus als das am meisten in Anspruch genommene Organ hingewiesen. Auch die Reflexstarre der Pupillen bei Tabes erklärte Edinger als durch das beständig arbeitende Spiel der Pupillen bedingt. Ueberhaupt erkranken bei Tabes die überangestrengten Organe stets am intensivsten. Die Tatsache, dass die Tabes, falls in den frühen Stadien Erblindung eintritt, keine oder nur noch sehr langsame Fortschritte macht, so namentlich die unteren Extremitäten, kaum in Mitleidenschaft zieht, lässt sich ebenfalls zugunsten der Edinger'schen Theorie heranziehen, indem die Patienten durch die Erblindung zu vollkommener Ruhe und Vermeidung aller Anstrengungen gezwungen sind.

Masing betont, dass man stets sehr genaue Anamnesen erheben muss, wenn man aus dem klinischen Material Fakta zugunsten der Theorie Edingers heranziehen will. In der Aetiologie vieler Nervenkrankheiten können weit zurückliegende Schädlichkeiten eine Rolle spielen, die zur Zeit des

Ausbruchs der Krankheit nicht mehr in Wirksamkeit sind. Bei flüchtiger Aufnahme der Anamnese können diese Tatsachen leicht vernachlässigt werden.

Direktor: W. Kernig.
Sekretär: Wold. Fick.

Berichtigungen.

In Nr. 11, S. 112, Spalte 2, Zeile 25 von unten muss es statt verbindlich — vorbildlich heissen.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Dr. Ernst Blessig, älterer Ordinator an der St. Petersburger Augenheilanstalt, ist zum Direktor und Oberarzt der genannten Heilanstalt ernannt worden (vom 6. März c.). (Reg.-Anzeiger.)

— Professor Dr. Ernst v. Bergmann (Berlin) wird, wie Berliner Blätter melden, von der Edinburgher Universität zum Ehrendoktor ernannt. Der akademische Festakt, zu dem sich der berühmte Chirurg nach Edinburgh begibt, soll am 12. April n. St. stattfinden. Durch diese Ernennung rückt, diesen Blättern zufolge, der berühmte Arzt in die Klasse der Juristen, da die schottische Universität, was uns bisher unbekannt war, nur den «Doctor legum», aber keinen «Doctor medicinae» als Ehrendoktor kennt.

— Der bekannte Otiater, ordentlicher Honorarprofessor und Direktor der Klinik für Ohrenkrankheiten an der Berliner Universität, Dr. August Lucae, der im August vorigen Jahres bereits sein 70. Lebensjahr überschritten hat, tritt in den Ruhestand. Zu seinem Nachfolger ist Prof. Dr. Passow, der jetzt die Klinik und Poliklinik für Ohrenkrankheiten in der Charité leitet, ernannt worden.

— Der Professor der Augenheilkunde und Direktor der Augenklinik der Universität Kiel, Dr. Karl Volckers, beging am 15. März seinen 70. Geburtstag.

— Der Professor der Chirurgie und Direktor der chirurgischen Fakultätsklinik des weiblichen med. Instituts Dr. Julius Treyberg hat krankheitshalber seinen Abschied eingereicht. Zur Besetzung des erledigten Lehrstuhls wird ein Konkurs ausgeschrieben. (R. Wr.)

— Der Gehülfe des kurländischen Gouvernements-Medizinalinspektors Dr. Bellowski ist in gleicher Eigenschaft nach Olonez versetzt worden.

— Die diesjährige Prüfungskommission zur Erlangung des Arztgrades bei der Kiewer Universität besteht aus den Professoren Obolonski (Vorsitzender), Wyssokowitsch, Malinowski, Obraszow, Orlow und Tschirjew.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 9. März in Warschau der Senior der dortigen Aerzte Dr. Anton Estreicher im Alter von fast 80 Jahren, nach mehr als 50-jähriger ärztlicher Tätigkeit. Der Hingeschiedene zeichnete sich, wie die Tagesblätter ihm nachrühmen, durch grosse Herzensgüte und freundliches, liebenswürdiges Wesen aus. 2) In Tula der Bezirksinspektor des Findelhauses Dr. Nikolai Iwanow im 50. Lebensjahre. Die Venia practicandi hatte er i. J. 1885 erlangt. 3) In Warschau der frühere Stadtarzt Dr. Joseph Ludwig Grün im 76. Lebensjahre. Die ärztliche Praxis hat G. seit 1860 ausgeübt. 4) In Nikopol (Gouv. Jekaterinoslaw) der freipraktizierende Arzt Mejer Tschudnowski im 52. Lebensjahre in einem Anfalle von Angina pectoris. Nach Absolvierung der medico-chirurgischen Akademie, war Tsch. anfangs Militärarzt, dann Landschaftsarzt im Poltawaschen und Twerschen Gouvernement und zuletzt viele Jahre praktischer Arzt in Nikopol, wo er sich bald eine ausgebreitete Praxis, namentlich als Frauenarzt, erwarb. 5) In Orgejew (Bessarabien) der dortige Kreisarzt Dr. Heinrich Seffer im Alter von 75 Jahren nach fast 44-jähriger Tätigkeit als Arzt. 6) In St. Petersburg der Geschäftsführer der Abteilung für Statistik und Epidemiologie an dem früheren Medizinaldepartement, Dr. W. J. Grebenschtschikow im 50. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher i. J. 1883 den Arztgrad erlangte, hat sich namentlich um die Medizinalstatistik Russlands verdient gemacht.

Von Universitäten, med. Instituten und Kongressen.

— Die Universität Kasan hat aus der Zahl ihrer Professoren zwei Mitglieder der medizinischen Fakultät, die Professoren Rasumowski (Chirurg und Dekan der Fakultät) und Kapustin (Hygieniker) zu Wahlmännern für den Reichsrat gewählt.

— Zum Leiter der neuerrichteten Abteilung für Tropenkrankheiten und Tropenhygiene am Institut für Infektionskrankheiten in Berlin ist Dr. Klaus Schilling, der viele Jahre im Dienste der Kolonialabteilung in Ostafrika, Togo und Kamerun stand, ernannt worden.

— Prof. Dr. de la Camp, Privatdozent an der Berliner Universität und Assistent an der zweiten medizinischen Klinik der Charité, ist als ausserordentlicher Professor für innere Medizin an die Universität Marburg berufen worden und hat den Ruf angenommen.

— Fachgenossen und Schüler des verst. Wiener Klinikers Hermann Nothnagel veranstalten eine Sammlung zur Schaffung einer Nothnagel-Stiftung. Aus dem Erträgnisse dieser soll ein Ehrenpreis gebildet werden, der jährlich für eine «Nothnagel-Vorlesung» an der Universität an einen hervorragenden Forscher vergeben werden soll. Ausserdem wird beabsichtigt, im Arkadenhofe der Universität Wien eine Büste Nothnagels aufzustellen.

— Die Universität Giessen begeht am Schluss des Sommersemesters 1907 das Jubiläum ihres 300-jährigen Bestehens und die Universität Leipzig im Dezember 1909 das Jubiläum ihres 500-jährigen Bestehens. Die Leipziger Universität trat bekanntlich am 14. Dezember 1409 durch eine Sezession von einigen Tausend Studenten der Universität Prag ins Leben.

— Im preussischen Medizinaletat für das Jahr 1906 sind im Extraordinarium für die Abhaltung von Fortbildungskursen für Medizinalbeamte 30,000 Mark, zur Bekämpfung der Granulose (Trachom) wiederum 350,000 Mark und zu Krebsforschungen 10,000 Mark ausgesetzt.

— Für den im April d. J. bevorstehenden XV internationalen medizinischen Kongress in Lissabon waren bis zum Beginn des Märzmonats bereits über 600 Teilnehmer angemeldet, darunter aus Russland nur 12. — Der preussische Kultusminister hat 6 deutsche Professoren (Behring in Marburg, Ehrlich in Frankfurt a/M., Rubner in Berlin, Garré in Breslau, Neisser in Breslau, Verworn in Göttingen) aufgefordert, in seinem Auftrage als Vertreter der deutschen Wissenschaft am Lissaboner Kongress teilzunehmen. Ueber die Delegierten der russischen Universitäten verlautet bis jetzt noch nichts.

— Für den 23. Kongress für innere Medizin, welcher vom 10./23.—13./26. April in München stattfindet, ist nunmehr das Programm festgestellt. Darnach findet am Sonntag, den 9./22. April von abends 7 Uhr ab die Begrüssung im «Hotel zu den Vier Jahreszeiten» statt. Auf Montag, den 10./23. April, vormittags 9—12 Uhr ist die erste Sitzung anberaumt. Eröffnet wird der Kongress durch Prof. von Strümpell; dann referieren in der Sitzung Kraus-Berlin und Kocher-Bern über die Pathologie der Schilddrüse, woran sich eine Diskussion reiht. Nachmittags 3—5 Uhr zweite Sitzung: Vorträge und Demonstrationen. Abends 6 Uhr Sitzung des Ausschusses in den «Vier Jahreszeiten». — Dienstag 11./24. April, 9—12 Uhr dritte Sitzung: Kritisches Referat von Hering-Prag über die Unregelmässigkeit der Herztätigkeit. Nachmittags 3—5 Uhr vierte Sitzung: Vorträge und Demonstrationen. Abends 6 Uhr Festdiner im Hotel «Bayerischer Hof». — Mittwoch 12./25. April 9—12 Uhr fünfte Sitzung: Einreichung der Themata für das nächste Jahr, Ergänzungswahlen, Erledigung etwaiger Anträge. Vorträge und Demonstrationen. Nachmittags 3—5 Uhr sechste Sitzung: Vorträge und Demonstrationen. Abends 5 Uhr Sitzung des Ausschusses in den «Vier Jahreszeiten». Abends 7 Uhr Festvorstellung im Kgl. Residenztheater: Mozarts Cosi fan tutte. Zu dieser Festvorstellung laden die Herausgeber der Münch. Med. Wochenschrift die Kongressteilnehmer ein. — Donnerstag 13./26. April, 9—12 Uhr siebente Sitzung: Vorträge und Demonstrationen. Es sind im ganzen jetzt schon nicht weniger als 50 Vorträge und Demonstra-

tionen von hervorragenden Professoren und Aerzten Deutschlands, Oesterreichs und der Schweiz angemeldet.

— Die Jahresversammlung der deutschen Vereine für Psychiatrie wird am 7./20. und 8./21. April in München tagen.

Standesangelegenheiten.

— Bis zum 17. März waren zu Wahlmännern für den Reichstag im ganzen 42 Aerzte gewählt, davon 4 als Bevollmächtigte der Kleingrundbesitzer, 4 als Wahlmänner der Grossgrundbesitzer und 38 als Wahlmänner von den Städten.

— In Tschita ist der freipraktizierende Arzt J. A. Schinkmann für «Aufreizung der Armee zu bewaffnetem Aufstande» vom Kriegsgericht zur Todesstrafe verurteilt und bereits hingerichtet worden.

— Die verhafteten Pjatigorsker Aerzte Kobylin (Präses der balneologischen Gesellschaft), Gorbunow und Masslakowez sind gegen Kaution auf freien Fuss gesetzt worden. Der Erstgenannte hat 10,000 Rbl., die beiden anderen 5,000 Rbl. als Kaution deponieren müssen. Dr. Ssitnikow, der ebenfalls arretiert war, ist gegen eine Kaution von 1000 Rbl. aus der Haft entlassen worden.

— Der aus seiner Affaire mit dem General bekannt gewordene Dr. N. Sabussow ist aus seinem Amte als Oberarzt der mittelasiatischen Eisenbahn entlassen worden.

— Die im Dezember verhaftete Aerztin N. O. Ott aus Koporje (Peterhofer Kreis) ist gegen eine Kaution von 1000 Rbl. aus dem Gefängnis in Zarskoje Sselo entlassen worden.

— Dr. Rohde in Tomaszow und die Aerztin P. Ponomarewa (im Gouv. Tschernigow) sind zu 400 Rbl., resp. 100 Rbl. Strafe für Teilnahme an unerlaubten Meetings verurteilt worden.

— In Wyssoko-Litowsk (Gouv. Grodno) wurde der dortige Arzt Dr. J. Karwassowski in seiner Wohnung von Räubern um Geld, Wertsachen etc. beraubt, nachdem er sowohl wie seine Frau und die Dienstboten von den Räubern gefesselt worden waren.

— Die Lodzer Aerzte, die während des russisch-japanischen Krieges zum aktiven Dienst einberufen waren, gegen 40 an der Zahl, sind bereits mit Ausnahme von 7, sämtlich nach Lodz zurückgekehrt. Fast alle Aerzte, mit Ausnahme von 4, die man Regimentern im Innern des Reiches zuteilte, sind auf dem Kriegsschauplatze gewesen.

— Im letzten Herbstmanöver gab ein schweizer Arzt aus Versehen einem Soldaten eine tödliche Dosis Morphium. Gerichtlich wurde er zu einem Monat Gefängnis verurteilt. Nachträglich erhob die Witwe Ansprüche und erhielt eine einmalige Entschädigung von 15,000 Fr. und eine jährliche Rente von 1462,50 Fr. für sich und ihre Kinder zugesprochen.

— Wegen Verweigerung der Aufnahme in den Deutschen Aerztevereinsbund hat der Verein homöopathischer Aerte Norddeutschlands Klage beim Landgericht I in Berlin erhoben. Der Verein zählt vierzehn Mitglieder und bezeichnet als seinen Zweck die Förderung der ärztlichen Wissenschaft und der homöopathischen Heilkunst. Nachdem seine Aufnahme schon früher abgelehnt worden war, hatte er kürzlich seine Meldung zum Eintritt in den Aerztevereinsbund erneut gestellt. Der Geschäftsausschuss beschloss aber wiederum einstimmig Ablehnung. Nun sollte die Aufnahme durch Klage erzwungen werden. Der Verein wurde jedoch vom Landgericht kostenpflichtig abgewiesen. Aus den Satzungen, so besagen die Entscheidungsgründe, gehe hervor, dass die Mitgliedschaft nicht schon durch die Erfüllung der Bedingungen wie Förderung der ärztlichen Wissenschaft und durch die Anmeldung erworben werden soll, sondern dass der Bund den Erwerb von der Entscheidung seiner Vertretung abhängig machen will.

Epidemiologisches.

— Pest. Aus Seistan (Persien) wird offiziell gemeldet, dass bis zum 11. März in Nusred-abad 12 neue Pesterkrankungen vorgekommen sind, 11 Personen gestorben und sich gegenwärtig dort 5 an der Pest Erkrankte befinden. Die Disziplin unter den dortigen hungerleidenden eingeborenen Soldaten ist vollständig gelockert. Die Quarantäne-Massregeln werden fast garnicht beobachtet.

In Seistan traf ein persischer Arzt, der Fanatiker Kukema, ein und versuchte das Vertrauen zur Quarantäne und den Aerzten unter der Bevölkerung zu untergraben. Ein angesehener Mullah liess sich aber vom russischen Arzt Saplatinski eine Schutzimpfung gegen die Pest machen. Die Krankheitsfälle werden immer seltener und sind daher die Aerzte davon überzeugt, dass beim Eintreten der heissen Jahreszeit die Erkrankungen aufhören werden.

— Ueber die Ruhestörungen in der persischen Provinz Seistan berichtet die Petersb. Telegr. Ag. aus Teheran unterm 17./30. März: «Der persische Arzt Kakema, ein Fanatiker, wiegelte die Bevölkerung von Seistan gegen die europäischen Aerzte auf, welche unklugerweise Pestkranke aus Privathäusern nach den Hospitälern schaffen liessen. Die Menge plünderte ein Hospital, vernichtete die Arzneien und die Einrichtung und fiel über das englische Konsulat her. Der Konsul und ein Arzt wurden, wie der Telegraph berichtet, mit Stöcken geschlagen. Das Zollhaus wurde durch den russischen Konsul Nekrassow, der mit Kosaken herbeigeeilt war, gerettet. Die Schuld trifft den Gouverneur von Chorassan, der beständig den Anordnungen der Regierung entgegenarbeitet und eigenmächtig den obenerwähnten persischen Arzt nach Seistan geschickt hatte, um nachzuweisen, dass keine Pest vorhanden sei und diese nur in der Einbildung der Europäer bestehe».

— Infolge des Auftretens der Pest in der Mongolei, 200 Werst von Dalainor, sind in diese Gegend viele Aerzte abgesandt worden. Der Oberkommandierende der sibirischen Armee General Grodekow hat infolgedessen die Beurlaubung der aktiven Militärärzte sistiert und die Institutionen des Roten Kreuzes nicht auflösen lassen.

Verschiedene Mitteilungen.

— Das neue St. Petersburger städtische Kinderhospital (auf der Wiborger Seite) gibt zu beständigen Klagen Anlass, und zwar nicht allein in baulicher Beziehung, sondern auch wegen der durchaus unzureichenden Räumlichkeiten und der ungenügenden Verpflegung. Wie der Oberarzt des Hospitals Prof. Dr. D. Ssokolow klagt, sind im Hospital anstatt der reglementsmässigen Zahl von 400 kranken Kindern — 753 eingepfercht, darunter 550 Infektionskranke, während für letztere nur 280 Betten vorhanden sind. Ein solcher Zustand könne nicht geduldet werden. In Anbetracht der Ueberfüllung des Hospitals fehle es an pflegenden Händen und sei daher die Wartung der kranken Kinder eine ungenügende. Ebenso reiche die Zahl der Aerzte für die grosse Krankenzahl nicht hin, doch sei die Bitte des Oberarztes bei der Stadtverwaltung, ihm noch einige Aerzte zu geben, so dass nur 50 Kranke auf einen Arzt entfallen, bis jetzt vergeblich gewesen.

— Eine Erhöhung der Kurkosten für Kinder hat die Königliche Charité in Berlin beschlossen. Sie wurde nötig durch die ausserordentlichen Anforderungen, die heutzutage an die Kinderkliniken gestellt werden. Diese Anforderungen sind im Laufe der Zeit immer grösser geworden und übersteigen jetzt vielfach die, die an die Anstalten für erwachsene Kranke gestellt werden. Die Kurkosten sind daher von 2 Mark auf 2 Mark 50 Pfennig den Tag erhöht worden. Als Kinder werden Patienten bis zu 12 Jahren betrachtet. Die städtischen Krankenhäuser werden voraussichtlich die Erhöhung auch nicht vermeiden können. Die Königliche Klinik erhebt schon länger für Kinder und Erwachsene einen Einheitssatz von 3 Mark.

— Die Livländische Landeskasse hat im Jahre 1905 für das Sanitätswesen 44,321 Rbl. verausgabt, darunter für die Bekämpfung der Lepra 21,086 Rbl. Dazu kommen noch die Baukosten der Landesirrenanstalt in Stackeln, welche in dem Berichtsjahre 105,420 Rbl. betrugen.

— Ueber die Bekämpfung der Granulose (Trachom) in Preussen hat das Kultusministerium dem preussischen Abgeordnetenhause eine Denkschrift vorgelegt, in der das Kapitel über das künftige Vorgehen gegen diese Krankheit von besonderem Interesse ist. Bei der Ermittlung und der gesamten Bekämpfung der Krankheit, heisst es dort, wird man von der Schule ausgehen müssen, schon mit Rücksicht darauf, dass sie eine der wesentlichen Stätten der Granuloseansteckung ist. In verseuchten Gegenden werden in regelmässigen Zwischenräumen wiederholt Untersuchungen aller Schulkinder stattfinden müssen. Für die Krankheit besteht ferner nach dem Gesetz, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, die Anzeigepflicht für je-

den Fall von Granulose. Verdächtige Personen werden einer Beobachtung unterstellt und notwendige Desinfektionsmassregeln angeordnet. Ferner wird das Augenmerk auf die Angehörigen kranker Schulkinder zu richten sein. Die besten Erfolge in schweren Fällen wurden durch Krankenhausbehandlung erzielt. Bei der ambulanten Behandlung dagegen sind am besten Krankenschwestern heranzuziehen. Sie können ohne Bedenken nebenher noch andere Kranke besorgen. Sehr zu erwägen ist der Gedanke, für besonders verseuchte Gegenden spezielle Granuloseärzte zu bestellen, die von einer anderen ärztlichen Praxis unabhängig sind. Damit aber auch eine recht grosse Anzahl sonstiger Aerzte genaue Kenntnis über das Wesen, die Erscheinungsformen und das Behandlungsverfahren der Krankheit erhalten, sollen in den befallenen Bezirken in angemessenen Zwischenräumen Fortbildungakurse für Aerzte veranstaltet werden.

Bf.

— **Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs** betrug am 11. März d. J. 11893 (46 wen. als in der Vorwoche), darunter 1019 Typhus — (31 wen.), 1196 Syphilis — (61 wen.), 422 Scharlach — (4 mehr), 173 Diphtherie — (16 wen.), 81 Masern — (5 mehr), und 18 Pockenkranke — (4 wen. als in der Vorw.).

— **Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg** betrug in der Woche von 26. Febr. bis 4. März d. J. im ganzen 835 (479 M., 356 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 1, Typhus abdom. 29, Febris recurrons 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 42, Scharlach 32, Diphtherie 26, Croup 0, Keuchhusten 9, Croupöse Lungenentzündung 30, Erysipelas 9, Grippe 10, Katarrhalische Lungenentzündung 94, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismns 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 18, Tuberkulose der Lungen 113, Tuberkulose anderer Organe 34, Alkoholismus und Dilirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 50, Marasmus senilis 35, Krankheiten des Verdauungskanals 112, Totgeborene 45.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, den 11. April 1906.

Tagesordnung: Diskussion über Wanach's Vortrag vom 21. März.

Heuking: Zur Behandlung der Spondylitis tuberculosa (mit Demonstration von Kranken und Apparaten).

Schiele: Die Bedeutung der Cystoskopie bei Nierenkrankheiten.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 10. April 1906.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Schwester **Hedwig Breyer** (zu erfragen bei Dr. **Bursian**: Троицкая 29 oder bei Frl. Kern: Конногвардейскій бульваръ 17, кв. 12).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Zum Zweck der jährlich stattfindenden Kontrolle der Adressen der in der Liste der «St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift» verzeichneten Krankenpflegerinnen ersuchen wir Diese hiermit der Redaktion Ihre jetzigen Adressen mitzuteilen.

Die Redaktion
der „St. Petersburger Med. Wochenschrift".

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.
Maximilianowsky Pereulok, 11.
verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.
Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.
Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags von 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. -Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **E. Blessig** in St. Petb., W. O., 4 Linie, 5 zu richten. Sprechstunden tägl. ausser Mittwoch u. Sonntag v. 4—6 U. Telephon 20557.

№ 13 St. Petersburg, den 1. (14.) April. **1906.**

Dieser № liegt № 2 u. 3 der «Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften» bei.

Aus dem Lodzer städtischen sanitären Laboratorium.

Aktive Immunisierung gegen die Cholera.

Von

Dr. Stanislaw Serkowski,

Direktor des Laboratoriums.

Es ist eine allgemein bekannte Tatsache, dass gegen über bestimmten, für Tiere spezifischen und gefährlichen Krankkeiten der Mensch immun ist, ebenso dass Menschen und Tiere nach dem Ueberstehen einiger Infektionskrankheiten denselben gegenüber immun werden. Dies war aber schon in sehr frühen Zeiten bekannt: im XI. und XII. Jahrhundert in bezug auf die Pocken und im Altertum in bezug auf manche infektiöse Prozesse.

Der Beginn der «Vakzination» ist mit dem der Pockenimpfung synchronisch, aber die wissenschaftliche Begründung dieser Tatsachen datiert seit den genialen Arbeiten Pasteurs, die er zuerst gemeinschaftlich mit Chamberland und Roux, später mit Thuiller ausgeführt hat. Den folgenden Fortschritt haben Salmon und Schmith gemacht, den grössten aber in der Lehre von künstlicher Immunität haben wir den Arbeiten von Gelehrten wie Robert Koch, Behring, Ehrlich, Pfeiffer, Gruber, Kolle, A. Wassermann und hundert anderen, welche am Ausbau der modernen Wissenschaft teilgenommen haben, zu verdanken.

Die Impfungen gegen Infektionskrankheiten können nach Ehrlichs Klassifikation aktiv und passiv sein. Unter passiver Immunisierung verstehen wir diejenige, bei welcher der Organismus keine Schutzkörper aktiv bildet und sich zur Arbeit nicht anstrengt, sondern sich passiv verhält, die Schutzkörper werden ihm fertig mit dem Serum von aktiv immunisierten Tieren zugeführt. Solche passive Immunität dauert so lange, wie sich im Organismus des Menschen oder des Tieres die eingeführten Schutzkörper befinden, mit dem ausgeschiedenen Serum gehen auch die spezifischen Körper verloren.

Im Gegensatz zur obigen wird die aktive Immunität vom Organismus, dank der aktiven Tätigkeit, als Reaktion auf bestimmte Reize, als Ausdruck der gesteigerten Zellentätigkeit erlangt: Die Rolle dieser Reize spielen gewöhnlich virulente, getötete oder auch geschwächte spezifische Mikroorganismen, die sog. Vakzinen, die gebildeten Schutzkörper aber wirken spezifisch nur der Bakterienart gegenüber, mittels deren sie gebildet worden sind.

Die spezifische aktive Immunität kann auf zwei Wegen erworben werden — entweder durch Ueberstehen der betreffenden Krankheit oder auch durch künstliche Infektion.

Eine ungeheuere epidemiologische Bedeutung hat die Tatsache, dass die wirkliche, dauerhafte Immunität nicht nur nach schweren Fällen erscheint, sondern oft auch nach ganz leichtem Verlauf und kaum bemerkbaren Krankheitszuständen. Die von Brieger, Kitasato und Wassermann bewiesene Grundidee besteht darin, dass die Tiere nicht nur mittels lebendiger, sondern auch abgetöteter Kulturen aktiv immunisiert werden können.

Je nach der Dosis der Vakzine können Meerschweinchen wochen- und monatelang gegen eine mehrfach die tödliche übersteigende Dosis immunisiert werden; das Serum der mit lebendigen oder abgetöteten Kul-

turen immunisierten Tiere bekommt auflösende Eigenschaften den spezifischen Bakterien gegenüber, welche, was laboratorisch leicht festzustellen ist, bei nicht geimpften im Gegenteil sich vermehren und den Tod des Tieres herbeiführen. Diese die Bakterienauflösung verursachenden Substanzen sind von Pfeiffer entdeckt und untersucht worden: es sind dies die sog. Bakteriolysine. Sie sind eben der Hauptfaktor und die Ursache dieser Immunitätskraft, welche das Serum der immunisierten Tiere besitzt. Dieselben Körper befinden sich auch im Serum von Menschen, welche eine leichte oder schwere Form des Abdominaltyphus, resp. der Cholera überstanden, oder welchen abgetötete Typhusbazillen ev. Choleravibrionen subkutan eingeimpft worden sind.

Es giebt in der Aerztewelt Gegner der Schutzimpfungen, die den Standpunkt verfechten, dass Schutzimpfungen, z. B. gegen die Cholera, sich erst im Stadium des Experimentes, das wissenschaftlich noch nicht begründet ist, befinden. Solche Meinung kann nur dann entstehen, wenn im Ausdruck «Experiment» der zweifache Zweck nicht unterschieden wird und wenn wir diesen Namen jeder wissenschaftlichen Arbeit ohne Rücksicht auf ihre Richtung beilegen; wenn wir die anticholerischen Impfungen im besonderen erwähnen, so sind dieselben unleugbar eine festgestellte und bestätigte Tatsache. Anders verhält sich die Sache, wenn es sich um die Erklärung des Wesens der aktiven Immunität handelt, denn in dieser Richtung bleibt die Meinungsverschiedenheit bestehen, da das Experiment nicht abgeschlossen. Die Tatsache, dass immer neue Methoden der Herstellung von Vakzinen entstehen, spricht nicht im geringsten gegen ihre Folgen selbst, weil die wirkliche aktive Immunisierung nicht nur gegen Cholera, sondern auch gegen alle anderen Infektionskrankheiten erlangt werden kann, unabhängig von der Methodik, welche beständig für alle Vakzinen in folgenden Grenzen begriffen ist: 1) aktive Immunisierung mittels starker und virulenter, oder abgeschwächter oder abgetöteter infektiöser Reize und 2) aktive Immunisierung mit der passiven kombiniert auch mittels stark virulenten, oder abgeschwächten, oder abgetöteten infektiösen Materials. Obige Grenzen erweitern sich noch infolgedessen, dass die in den Folgen fast gleiche Abschwächung von Infektionsstoffen auf dreierlei Art: durch die Durchführung durch den Organismus bestimmter Tiere, durch viele chemische und durch physische Methoden erlangt werden kann.

Hier folgen die Beispiele.

Die aktive, in den Folgen fast gleiche Immunität gegen die Pneumokokkeninfektion kann mittels sehr verschiedenartiger, schon von Foà, Bordoni-Uffreduzzi, Fraenkel, Netter, Klemperer, Bonome, Emmerich, Kruse-Pausini, endlich Amy Kindborg in diesem Jahre ausgearbeiteter Methoden erlangt werden. Kaninchen werden also immun gegen tödliche Dosis, nachdem man ihnen eine kleine Dosis Pneumokokkenkulturen zugeführt hatte oder auch abgeschwächte oder abgetötete Kulturen, Filtrat von verschiedenen pneumokokkenhaltigen Flüssigkeiten, «konzentrierte» immunisierende Substanzen, Sputa der Pneumoniker, Blut und Milz der mit abgeschwächten Kulturen geimpften Mäuse oder auch stark virulente, aber sehr verdünnte Kultur (was einer kleinen Dosis entspricht), oder auch wechselnd abgeschwächte und steigende oder abgeschwächte und virulente Dosis eingeimpft hatte. Man kann dieselben Tiere auch mittels abgetöteter Kulturen immunisieren, die letzteren werden durch kurzdauernde Erwärmung bis 60°, oder dreitägige bei 41—42°, endlich durch Zusatz von Chloroform oder Karbol abgetötet; für die Abschwächung des Infektionsstoffes können ältere Generationen der Diplokokkus pneumoniae-Kulturen oder Sputa der Rekonvaleszenten oder Pleuraexsudat mit abgeschwächten Diplokokken u. s. w. gebraucht werden. Man kann auch endlich das Filtrat von Diploc. pneumoniaehaltigen Flüssigkeiten, Bouillonkulturen, Extrakt aus mazerierten Organen, aus dem Extrakte aber konzentrierte Produkte von Diploc. pneumoniae, Pneumoproteine, Pneumotoxine u. s. w. verwenden. Die Impfungsmethode selbst kann auch verschieden sein. Als Ort ein- oder mehrmaliger Impfungen dienen die Haut, die Bauchhöhle und die Adern.

Das Resultat dieser vielen Methoden ist fast gleich: wie beim Menschen das Ueberstehen der Pneumokokkeninfektion die kurz dauernde beschränkte Immunität giebt, das Serum der Rekonvaleszenten aber die Tiere gegen eine künstliche Infektion immunisiert, so giebt auch die künstliche aktive Immunisierung der Tiere beständig einen bestimmten nicht hohen Immunitätsgrad.

In letzter Zeit kamen Bassenge und Rimpau hinsichtlich des Abdominaltyphus zum Schluss, welchen auch ich gelegentlich der anticholerischen Impfungen bestätigt habe, dass die mehrmalige Einführung einer kleinen Dosis ($^1/_{15}$ bis $^1/_5$ mg der Agarkultur) denselben Grad der Bakterizidität des Blutes giebt, wie eine einmalige grosse Dosis, z. B. 2—4 mg; noch erfolgreichere Resultate aber werden durch die dreimalige Impfung von Dosis 0,5—1—$1^1/_2$ cm^3 Vakzine erreicht. Aehnliche oder sogar noch schlagendere Beispiele könnten wir noch in langer Reihe anführen.

Nach der aktiven Immunisierung tritt die Reaktion des Organismus erst zwischen dem 5. und 10. Tage auf, d. h. dann, wenn die immunisierenden Körper resorbiert worden sind, was eine schnelle Bildung von spezifischen Substanzen zur Folge hat, welche sich anfänglich im Knochenmark und in der Milz ansammeln (die Experimente Pfeiffers, Marx' und Wassermanns) und erst nach 5 Tagen in grösseren Mengen ins Blut übergehen. Die aktive Immunisierung wird nicht nur gegen Infektionen mit bekannten Bakterien, sondern auch gegen die mit anderen niederen Organismen, sogar mit bis jetzt unbekannten Reizen mit gutem Erfolg verwendet; hier könnte man viele Krankheiten unbekannter Herkunft bei Tieren und eine Reihe von Protozoën, wie Pyrosoma bigeminum («Texas»), Trypanosoma brucei («Tse-tse») u. s. w. nennen. Die Begründung und der gute Erfolg der aktiven Immunisierung mittels lebendiger und virulenter Infektionsstoffe ist an Menschen und Tieren bei verschiedenen Krankheiten festgestellt worden: die Einverleibung des Infektionsmaterials an einer bestimmten Körperstelle (z. B. subkutan an der Hand) verursacht einen ganz anderen Krankheitsverlauf, als die natürliche Infektion. Dieser Grundsatz wird am besten an anticholerischen Vakzinen Ferrans und Haffkines veranschaulicht. Da das in Choleravibrionen, wie auch in Typhusbazillen enthaltene Gift zur Gruppe der Endotoxine gehört und kein Ausscheidungsprodukt der Bakterien ist, sondern mit ihrem Leib verbunden dieselben nur dann verlässt, wenn die Zellen zu Grunde gehen, so hat man bei Menschen subkutane Impfungen von Cholera-, Typhus- und Pestbazillen (Kolles Methode) angewendet; es wurde nämlich klar, dass die Immunität nach der Einverleibung abgetöteter Kulturen nicht geringer ist, als nach der Impfung derselben Menge lebendiger Bakterien, und diese Tatsache wurde durch die genaue Bestimmung der bakteriziden Eigenschaften des Blutes bewiesen: der Titre des letzteren ist in beiden Fällen gleich. Es ist leicht verständlich, weil lebendige Choleravibrionen sich unter der Haut nicht vermehren, sondern im Unterhautgewebe rasch zugrunde gehen und die freigewordenen Endotoxine ihre Wirksamkeit entfalten.

Wenn die aktive Immunisierung mit der passiven kombiniert wird, so tritt die Immunität schneller und dauerhafter ein. Die Kritik dieser Methode, welche

sich praktisch schon gegen sehr viele Infektionskrankheiten eingebürgert hatte, wirft ihr vor, dass bei gleichzeitiger Einverleibung des Serums und der Bakterien das erste die Wirkung der Endotoxine vernichtet und dass die Rezeptoren der Bakterien, indem sie sich in vitro mit den Ambozeptoren des Serums gänzlich verbinden, eine viel geringere Fähigkeit, spezifische Körper im tierischen Organismus auszulösen, besitzen müssen, als Bakterien ohne Serum. Die Praxis und die vorzüglichen statistisch und durch die Bluntersuchung — laboratorisch festgestellten Erfolge haben die theoretischen Betrachtungen missachtet; ausser vielen anderen stützen sich auf denselben Grundsatz die neueren Methoden von Bezredko und Gosio.

Die künstlich hervorgerufene aktive Immunität gegen Cholera und Abdominaltyphus ist in letzter Zeit vielleicht infolge der geführten Kolonialkriege aktuell, durch welche Pest-, Cholera-, Abdominaltyphus- und Dysenterieepidemien begünstigt wurden; während der Kriege sind sämtliche allgemein wie individuell abhelfenden Mittel unausführbar und die erste Rolle spielt die Immunisierung gegen diese Krankheiten. Auf die Initiative Wrights wurde 1899 in der englischen Armee eine kollektive antityphöse Impfung ausgeführt, nämlich an 100,000 Menschen mittels abgetöteter Bouillonkulturen; im vorigen Jahre hat man in Deutschland die Typhusvakzine den Volontären vor ihrem Transport nach Afrika geimpft; in Japan hat Murata über 77,000 Menschen, in Persien Zlatogoroff 1482 Personen gegen Cholera, in Indien Haffkine, Leumann u. a. einige 10,000 Menschen gegen die Pest u. s. w. immunisiert. Wie bei einem Tiere, welches die künstliche Typhus- (resp. Cholera-) infektion oder die Vergiftung mit Typhus- (resp. Cholera-)kultur überstanden hat, so ist die Immunität auch beim Menschen antiinfektiös-bakterientötend, nicht aber antitoxisch, das heisst, sie paralysiert nicht und vernichtet nicht die Wirksamkeit des Giftes.

Die immunisierenden Vakzinen müssen 1) unschädlich und billig, 2) in praktischer Anwendung möglich (höchst 3malige Impfungen mit 5—6tägigen Pausen) und 3) wissenschaftlich gut begründet und kontrollierbar sein.

Vor der ersten und einige Tage nach der letzten Impfung ist es nützlich den bakteriziden Titre des Blutes zu bestimmen und zu vergleichen (Baktericidie in vitro). Die aktive Immunisierung gegen Cholera, gleichwie gegen Abdominaltyphus ist nur temporär (ungefähr 1 Jahr); die Abdominaltyphusrezidive oder mehrmaliges Ueberstehen des Typhus oder der Cholera ohne Impfungen zeigen, dass auch unter normalen Bedingungen die Immunität nicht immer dauerhaft bleibt. Es giebt also keinen Grund, die Frage der Impfungen skeptisch zu behandeln, wie auch ein übermässiger Enthusiasmus unbegründet wäre.

Folgende Tiere eignen sich zu den Untersuchungen der gegen Cholera immunisierenden Eigenschaften: die Ziege, das Pferd, der Esel, das Kaninchen, das Meerschweinchen und der Hund, dabei kann man subkutane und intravenöse Impfungen (die ersteren zur Herstellung von bakteriziden Sera, die anderen meistenteils zur Herstellung von agglutinierenden Sera), sowie intraperitoneale Einverleibungen (Pfeiffer'sches Phänomen) ausführen; die letzteren werden fast ausschliesslich an Meerschweinchen ausgeführt.

Der Grad der Immunisierung hängt hauptsächlich von der Dosis der Vakzine ab und kann mittels mehrmaliger steigernder Dosis zur bedeutenden Höhe gebracht werden. Zum Ende tritt der Zeitpunkt ein, nach dem die Steigerung der Dosis schon keine Vermehrung der Antikörper nach sich zieht.

Normales Ziegenserum besitzt Choleravibrionen gegenüber eine ganz schwache bakteriologische Wirkung. Höchstens 0,02—0,05 G. Ziegenserum vermag in der Peritonealhöhle des Meerschweinchens 1 Normaloese (= 2 mg) einer 18-stündigen Agarkultur aufzulösen. Nach der subkutanen Einverleibung $^1/_2$ einer abgetöteten Agarkultur, giebt das Ziegenserum nach einer Woche den bakteriolytischen Titre 0,01; nach folgenden Einverleibungen wöchentlich 1, 2, 4, 6 und 8 abgetöteter Choleravibrionenkulturen steigt der bakteriologische Titre bis zu diesem Grade, dass 0,001 G. Serum das Meerschweinchen vor 2 mg einer virulenten Kultur schützt; wenn lebendige Cholerakulturen weiter intravenös mit wöchentlichen Pausen und in steigender Dosis ($^1/_2$, 1, 2, 4, 6 u. s. w. Kulturen) der Ziege einverleibt werden, so kann schliesslich der Titre 0,0001 g. erreicht werden.

Wie bekannt, wird Titre für bakteriolytisches Serum die mindeste zur Vernichtung der Wirkung einer Platinoese einer stark virulenten 18-stündigen Choleravibrionenkultur, d. h. einer solchen, deren Dosis letalis minima bei intraperitonealer Einverleibung $^1/_{10}$ einer Oese beträgt, genügende Serumdose genannt.

Wie ich schon oben bemerkt habe, kann das fast gleiche Endresultat mittels verschiedener Immunisierungsmethoden erreicht werden; die Grundmethoden der Immunisierung gegen Cholera haben Haffkine, Kolle, Lustig und Galeotti, Neisser und Shiga, Bezredka und Gosio ausgearbeitet.

* * *

Die Haffkine'sche Methode besteht darin, dass dem Organismus Vakzinen verschiedener Virulenz einverleibt werden: die erste schwächere stellt eine lebendige Choleravibrionenkultur dar, welche bei 39° C. in Sauerstoffathmosphäre wuchs und dann während 3 Tage mehrmals auf neue Nährböden überimpft wurde (weak virus); die zweite Vakzine ist eine stark virulente durch mehrmalige Durchführung durch einen Tierkörper verstärkte Cholerakultur (virus fixe). Die zweite wird 5—7 Tage nach der ersten subkutan einverleibt, die Menge der ersten, wie der zweiten Vakzine beträgt von $^1/_{100}$ bis $^1/_{10}$ einer Agarkultur je nach dem Alter der Geimpften; die Maximaldosis = $^1/_6$ bis $^1/_4$ einer Agarkultur, den Kindern 2mal weniger. Nachdem er diese Vakzinen an Tieren, später an sich selbst und an Kollegen ausgeprüft hatte, hat Haffkine dann in Indien 42000 Impfungen, aus dieser Zahl $^1/_3$ wiederholt, zusammen also 70,000 ausgeführt. Das Resultat der Impfungen war in jeder Hinsicht günstig, die Reaktion nicht zu stark (lokale Anschwellung, Temp. nicht über 38, 5° C.). Subkutane Einverleibungen sind deshalb unschädlich, weil lebendige Choleravibrionen unter der Haut rasch zu Grunde gehen; die Dauer der Immunität = ungefähr 1 Jahr.

Die Kolle sche Methode besteht darin, dass statt lebendiger bei 56°—60° abgetötete Agarkulturen einmalig einverleibt werden; früher beschrieb Kolle, dass abgetötete Agarkulturen mit physiologischer Kochsalzlösung (2 mg. auf 1 cm.³ Salz) durchgeschüttelt werden; dem von mir von Kolle in dieser Angelegenheit zugegangenen Briefe zufolge aber hat er jetzt die Methode auf solche Weise abgeändert, dass die auf 10 Oesen berechnete Agarkulturfläche mit 0,85 pCt. Salzlösung abgewaschen, dann diese Emulsion während 1 Stunde bei 56° erwärmt und 0,3 Phenol zugesetzt wird; die Abänderung besteht darin, dass Kolle, statt einmalig, wiederholt zu impfen rät: die 1. Injektion 1 Oese (2 mg. Kultur), die zweite nach 8 Tagen 3 Oesen (d. h. 6 mg. Kultur). Kolle hat die Wirkung dieser Vakzinen an 15 Menschen geprüft, und Murata [1]) in

[1]) Zentr. f. Bakteriol. 1904. 13, 35. Orig. Nr. 5.

Japan 77,907 Personen geimpft, und während die allgemeine Mortalität während der Epidemie dort 75 pCt. unter 1152 nicht geimpften cholerakrank gewordenen Personen betrug, wurden von den geimpften nur 47 Personen krank, von denen 20 gestorben sind. Zlatogorow [2]) hat in Persien in Tauris, wo im vorigen Jahre 20,000 Menschen krank wurden, 15,000 gestorben sind, nach Kolle'scher Methode 1482 Personen geimpft; die Impfungen haben die Mortalität 4mal die Morbidität aber 5mal vermindert, ausserdem haben sie den Krankheitsverlauf bei Kranken bedeutend abgeschwächt. In diesem Jahre macht Kolle darauf aufmerksam, dass die Kultur selbst nicht ohne Einfluss auf das Resultat der Impfung bleibt: es giebt gut und schlecht immunisierende Kulturen. Während einiger Tage nach der Impfung folgt zuerst die sog. „negative Periode", die Immunität beginnt am 8.—10. Tage.

Vakzinen nach Kolle, wie nach Haffkine rufen eine unbedeutende lokale Reaktion (Schmerz im Ort der Einstechung, Rötung und Schwellung), Temperaturerhöhung nicht über 1° C. und allgemeine Mattigkeit während 12 Stunden nach der Impfung hervor. Ich wende jetzt bei den Impfungen in Lodz die Kolle'sche Methode an, nur finden die Impfungen nicht 2, sondern 3mal statt.

Methode von Lustig und Galeotti. Vakzinen werden durch Auflösung von jungen Agarkulturen in schwacher 1proz. Kalilauge und durch Fällung mittels 1proz. Essigsäure des die Schutzkörper enthaltenden Nucleoproteids gewonnen. Der gefällte Niederschlag wird durchgewaschen, solange das Filtrat sauere Reaktion aufweist, dann im Vakuum getrocknet. Die Vakzine kann längere Zeit hindurch als Pulver aufbewahrt werden. Diese ursprünglich zur Immunisierung gegen die Pest dienende Methode wurde von Tavel gegen die Cholera angewendet. Die Herstellung der Vakzine findet auf chemischem Wege statt, wodurch die schädliche Einwirkung der Hitze auf spezifische Bakteriensubstanzen vermieden wird. Nach Tavel schützt das ins Peritoneum in Menge von 0,005 G. eingespritzte Nucleoproteid Meerschweinchen gegen tödliche Vibrionendose.

Heller [3]) hat die Giftigkeit des Nucleoproteids für Meerschweinchen und Kaninchen, die Reaktion bei tödlicher oder immunisierender Dosis, die Dauerhaftigkeit der Immunität und die Veränderungen im Serum der immunisierten Tiere untersucht. Die verschiedene Virulenz der Kulturen übt gar keinen Einfluss auf die toxischen Eigenschaften des Nucleoproteids aus. Für Impfungen eignet sich am besten 1proz. Lösung des trockenen Pulvers in 1proz. Sodalösung. Für Meerschweinchen sind 10—15 mg Nucleoproteid auf je 100 G. Körpermasse die Maximaldose; das Ueberschreiten dieser Dosis ruft bei Tieren eine Vergiftung hervor. Bei kleinerer Dose (1—5 mg auf je 100 G. des Tieres) ist die Reaktion schwächer, und die Abhängigkeit von der Dose geht schnell verloren. Die Tiere, welche die erste Injektion empfangen haben, werden gegen grössere Dosis immuner; das Choleranucleoproteid bringt die Immunität gegen ein- und mehrmals tödliche Dosis lebendiger Choleravibrionen und nicht nur gegen den Stamm, aus welchem das Präparat herrührt, sondern auch gegen sämtliche andere Stämme. Heller hat nach einmaliger Impfung die Immunität noch nach 7 Monaten festgestellt, nach mehrmaliger aber steigt die Schutzkraft des Individuums beständig noch auf längere Zeit; zu Impfungen beim Menschen genügen 0,002 G. Pulver, in 1 cm.³ gelöst, was $^1/_{10}$ der Kolle'schen Agarkultur entspricht.

[2]) Wiestnik Obschtsch. Hygieny 1905, März. S. 346.
[3]) Deutsche Med. Wochenschr. 1904. Nr. 52.

Vom ähnlichen Grundsatz geht auch Loeffler [4]) aus, dessen Meinung nach wirkliche Fermente in einer Wasserlösung hohen Temperaturen gegenüber wenig widerstandsfähig sind, dagegen in absolut trockenem Zustand die hohe Temperatur ohne ihre Eigenschaften einzubüssen vertragen. Da die Bakterien und andere Antigene in vielen Hinsichten einen den Fermenten verwandten Charakter aufweisen, so hat Loeffler zu erforschen versucht, ob sie auch bei der Erwärmung in trockenem Zustande die Eigenschaft Antikörper zu bilden behalten; zu diesem Zweck hat er das zur Bildung von Antikörper nötige Material bis zum bestimmten Gewicht bei niedriger Temperatur im Exsikkator ausgetrocknet und dann $^1/_2$ Stunde bei 150° C. oder 2—3 Stunden bei 120° im Trockenschrank erwärmt. Eine bestimmte abgewogene Menge des erhaltenen Pulvers hat er gleichmässig mit physiol. NaCl vermischt und dies Gemisch zur aktiven Immunisierung als Vakzine angewendet Solch ein Material aus bak. suipestifer, bac. typhi, vibrio cholerae, bact. coli und bac. tuberculosis eignet sich auch zur Gewinnung der Agglutinine im Tierorganismus. In letzter Zeit haben Friedberger und Moreschi [5]) die letztere Methode nachgeprüft und sich überzeugt, dass bessere Resultate bei der Erwärmung bis 120° erreicht werden, weil die einstündige Erwärmung der ausgetrockneten Choleravibrionen bis 150° ihre antigenen, wie auch agglutinierenden Eigenschaften fast vollständig vernichtet; erst bei bedeutender Dosis, einer bis 150° erwärmten Vakzine wird ein bestimmter bakterizider Titre in kleinen Grenzen erhalten.

Methode von Neisser-Shiga (die Methode freier Rezeptoren). Die ursprünglichen Untersuchungen Neissers und Shigas [6]) haben eigentlich Bauchtyphus- und Dysenteriebazillen betroffen. Diese Forscher haben beobachtet, dass in wässerigen Emulsionen erwärmter Bakterien nach der Abfiltrierung der letzteren mittels Reichelschen Filters freie Rezeptoren nachgewiesen werden können. Zu diesem Zweck wird die 1tägige Agarkultur in 10 cm.³ sterile physiol. NaCl-lösung übertragen, während 1 Stunde bei 60° erwärmt, dann 2 Tage im Thermostat bei 37° gehalten und filtriert; die sich ergebende Flüssigkeit besitzt die Eigenschaft Agglutinine zu neutralisieren und Immunisationseigenschaften. Das Kaninchen verträgt intravenös 10 cm³, nach der zweiten Injektion giebt das Serum den Titre 1 : 5000, nach der dritten 1 : 20,000. Bei uns empfiehlt diese Methode Prussynski [7]). E. Bertarelli [8]) hat die Methode Neisser-Shigas zur Immunisierung des Menschen und des Kaninchens gegen Cholera angewendet.

Bezredka'sche Methode. [9]) Bezredka hat experimentell an Tieren eine neue Methode der Impfungen gegen die Pest, Cholera und den Bauchtyphus untersucht. Die neue Methode bestand darin, dass Bezredka, indem er die Vorzüge der aktiven und passiven Immunisierung vereinigen will, Bakterienkulturen mit dem Schutzserum vermischt und aus diesem Gemisch das Impfmaterial herstellt. Wenn man Kulturen mit entsprechenden Sera zusammenmischt, so unterliegen die Bakterien einer Konglomerierung (Agglutination) und fallen zum Boden. Im sterilisierten absondernden Trichter wird die obere Schicht vom Bakterienniederschlag abgesondert, dann mit sterilisierter physiol. NaCl-lösung ausgewaschen und zentrifugiert. Solch ein aus agglutinierten Bakterienleibern mit Serum und Phenolzusatz

[4]) Deut. Med. Wochenschr. 1904, Nr. 52.
[5]) Zent. für Bakt. I. 1905. XXXIX, 4, S. 453.
[6]) Deut. Med. Wochenschr. 1903, Nr. 4, S. 61.
[7]) Gazeta Lekarska 1905, Nr. 21, S. 518.
[8]) Deut. Med. Wochenschr. 1904, Nr. 33, S. 1195 u. ff.
[9]) Annales de l'Institut Pasteur, 1902, Dezember.

bestehendes Impfmaterial wird während einer Stunde bis 60° erwärmt. Nach zweimaliger Einverleibung wird eine schnelle Immunität während 24—28 Stunden, eine unbedeutende Reaktion nach 3 Stunden hervorgerufen. Die Gosio'sche[10]) Methode wurde unlängst veröffentlicht und bis jetzt eigentlich nur zur Herstellung von Pestvakzinen angewendet. Obgleich bei dieser Methode, wie auch bei Kolle, abgetötete Bakterien im Spiel sind, hat Gosio die Technik der Vakzinenherstellung grundsätzlich abgeändert. Er geht von der Voraussetzung aus, dass der Zusatz von 0,5 Phenol keineswegs sichert, dass die betreffende Vakzine steril wird, wie es bekanntlich in Indien passiert ist, wo mit der Vakzine Tetanus einem Menschen eingeimpft wurde; es giebt keine Sicherheit, weil die abgetöteten, die Vakzine bildenden Bakterienleiber einen guten Nährboden für andere Bakterien darstellen, dann zeugt die Feststellung der Sterilität eines kleinen Vakzineteilchens von der Sterilität der gesamten Menge nicht; infolge der hohen Temperatur aber werden die wenigen am Leben gebliebenen Bakterien entweder in ihrer Entwickelung gehemmt, oder durch Konglomerate abgetöteter Bakterien maskiert. Deshalb rät auch Gosio den antipestischen Vakzinen Kaliumtellurit in grosser Verdünnung, welches sich in Gegenwart von lebendigen Bakterien zersetzt und als schwarzer Niederschlag ausfällt, zuzusetzen. Kaliumtellurit wurde zu cholerischen Vakzinen von R. Gloger[11]) (in meinem Laboratorium) angewendet, der die Ursache der Bildung des schwarzen Niederschlages erklärt, die Bedingungen, bei denen er sich bilden kann, ermittelt und das Kaliumtellurit zu verschiedenen ärztlichen und hygienischen Zwecken empfohlen hat.

Ausser diesem Zusatz besteht die Gosio'sche Methode darin, dass, statt schmaler Matras, Gefässe mit sehr breitem Boden gebraucht werden, und die Bakterienmenge genauer dosiert wird, damit eine Volumeinheit immer gleiches Bakteriengewicht enthalte. Die Abwägung der Bakterien zu diesem Zweck hat Cruz als erster 1902 angewendet: Das Bakteriengewicht wird berechnet, indem man vom Gewicht der ganzen Masse dasjenige des Filtrats abzieht. Ueberhaupt also gebraucht Gosio folgende Methode: er kultiviert virulente spezifische Bakterien in dünnen Bouillonschichten, fällt junge Bakterienmassen mittels eines Serums mit starken agglutinierenden Eigenschaften, wirft die obere Flüssigkeitsschicht weg, sterilisiert bei 65° C., filtriert die Vakzine, dosiert dieselbe von neuem, setzt 1:200,000 Kaliumtellurit zu und verwirft jedes antiseptische Mittel, sich nur auf genaue Aseptik beschränkend.

(Fortsetzung folgt.)

[10]) Zeitschr. f. Hygiene, 1905, B. 50, 3 und B. 51, 1.

[11]) Przeglad lekarski, 1905.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Eugen Neter: Mutterpflicht und Kindesrecht. Ein Mahnwort und Wegweiser. Verlag der Aerztlichen Rundschau. München. 1905.

Den Müttern gewidmet möchte, Verf. durch diese Abhandlung allen Frauen, die Mutter sind oder es zu werden beabsichtigen, recht eindringlich und warm ans Herz legen, ihre Kinder selbst zu stillen. Indem er es in gut verständlicher Weise den Leserinnen klarlegt, welche Eigenschaften und Bedeutung die Muttermilch für den Säugling besitzt, streicht er ganz besonders die Vorteile heraus des Selbststillens der eigenen Kinder. Auch die verschiedenen Ursachen des Nichtstillens werden einer Kritik unterzogen, und die meisten halten der letzteren nicht Stand. Der Arzt wird dieses Büchlein seinen Klientinnen gut empfehlen können, denn die unerfahrene Mutter wird aus demselben so manchen guten Rat in bezug auf ihre Pflichten dem Kinde gegenüber schöpfen können. In einem Kapitel bringt Verf. auch das Ammenwesen und die auf dasselbe sich beziehenden Fragen zur Sprache, so dass auch nach dieser Richtung hin die Mütter, welche gezwungen sind ihr Kind einer anderen Person zur Ernährung zu überlassen, in ihrem Verhalten der Amme gegenüber auf den richtigen Standpunkt gestellt werden.

Hecker.

F. Kuhn: Die Verhütung und operationslose Behandlung des Gallensteinleidens. 3. und 4. vermehrte und verbesserte Auflage. München 1905, Verlag der Aerztlichen Rundschau (Otto Gmelin).

Zweck des vorliegenden Werkes ist die Kenntnis und eine richtige Beurteilung des Gallensteinleidens in's Laienpublikum hineinzutragen. Verf. hat die Aufgabe, allgemeinverständlich zu bleiben mit gutem Erfolge gelöst. Den Intentionen des Buches entsprechend, sind am ausführlichsten alle diätetischen und andern Methoden besprochen, die zur Verhütung dieser so verbreiteten Krankheit beitragen können. Speziell mit dankenswerter Ausführlichkeit wird auf das Kapitel Kleidung eingegangen; Gymnastik, Sport etc. werden auf das Gründlichste besprochen. Es wird immer wieder auf die Notwendigkeit, einen Arzt zu konsultieren, hingewiesen und ernstlich vor den Kurpfuschern gewarnt.

Von internen Mitteln wird den Salicylpräparaten, dem Natr. salicyl. und Aspirin der ihnen gebührende Platz eingeräumt. Jeder Gallensteinfall soll, wenn nicht die allerbedenklichsten Erscheinungen vorliegen, mit internen und allgemeinen Massnahmen bekämpft werden. Die radikalste interne Behandlung kann natürlich nur bei einer längeren Bettliegekur durchgeführt werden, wenn es ja auch gewiss oft gelingt bei ambulanter Behandlung den Zustand der Latenz herbeizuführen. Oelkuren, Magenspülung etc. finden eine genaue Besprechung. Was einzelne Heilfaktoren, wie Karlsbad und andere Badeorte anbelangt, so werden ihre Wirkungsweise und die durch sie zu erreichenden Besserungen resp. Heilungen einer kritischen Sichtung unterzogen. Zum Schluss werden die Indikationen zu chirurgischen Eingriffen nur kurz gestreift.

Dieses knapp und klar die ganze moderne interne Therapie der Gallensteinkrankheit umfassende Werk sei in seiner neuen Auflage nicht allein den Laien, sondern gerade den Aerzten wärmstens empfohlen, da ein jeder Anregung und Belehrung aus ihm schöpfen kann.

E. Koch.

E. Mittelhäuser: Unfall und Nervenerkrankung. Eine sozial-medizinische Studie. Verlag von Car. Marhold, Halle a. S., 1905. 82 Seiten. Preis M. 1,50.

Verf. beleuchtet die Unfallnervenerkrankungen vom forensischen und ethisch-sozialen Standpunkte. Er beweist, dass die Unfallsneurosen erst seit der Einführung des Unfallversicherungsgesetzes so enorm zugenommen haben, dass die Ursachen der gleichzeit sich häufenden Rentenansprüche nicht allein im Arbeiter und seiner Umgebung, sondern auch in der ganzen Anlage des Gesetzes und seiner Auslegung, zum Teil auch in den behandelnden Aerzten und der Art ihrer Untersuchung liegen, wobei Autosuggestion und Fremdsuggestion eine ganz hervorragende Rolle spielen. Die Heilwege sieht er in der somatischen und besonders psychischen Behandlung der bereits ausgebildeten Krankheit, ferner in der individuellen und sozialen Prophylaxe, indem einerseits der Arbeiter auf ein höheres geistiges und sittliches Niveau gehoben werden soll, andrerseits der Kampf gegen die Volksseuchen, besonders gegen die Tuberkulose, den Alkoholismus und die Geschlechtskrankheiten besser organisiert, sowie eine Wohnungsreform für die Arbeiterbevölkerung, namentlich durch Dezentralisation der Industrie, durchgeführt werden soll. Die Unfallsneurosen sind eine soziale Krankheit und müssen als solche behandelt werden, sie einseitig nur vom nationalökonomischen Standpunkte behandeln zu wollen, ist ein Irrtum.

Allen Versicherungsärzten und Betriebsleitern sei das Buch empfohlen.

Michelson.

Handatlas der Operationen am Schläfenbein, für Aerzte und Studierende, insbesondere für angehende Spezialärzte, von Prof. Dr. Gerber. Mit 10 Tafeln und 9 Abbildungen im Texte. Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1905.

Das vorliegende Werk soll den angehenden Otologen bei der Ausführung von chirurgischen Operationen am Schläfenbein als Ratgeber, aber keineswegs als ein Ersatzmittel für die absolut notwendigen Uebungen an der Leiche dienen. Im Text, der mit 9 Abbildungen versehen ist, bespricht der Verfasser kurz die Indikationen, die Vorbereitung, das Instrumentarium und die verschiedenen Operationsmethoden. Das Hauptgewicht des Buches besteht jedoch in den auf 10 Tafeln befindlichen, vorzüglich ausgeführten Abbildungen, die die einzelnen Phasen der betreffenden Operationen sehr anschaulich wiedergeben. Die mustergiltigen Tafeln mit ihren präzisen Erklärungen und die ganze Darstellung des ausgezeichneten Werkes lassen an Klarheit und Uebersichtlichkeit nichts zu wünschen übrig. Die Ausstattung des Atlas ist eine wirklich glänzende. Es kann das Werk deshalb nur bestens empfohlen werden.

A. Sacher.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

780. Sitzung vom 13. Dezember 1905.

Vorsitzender Blessig. Sekretär Moritz.

1. Lunin: Ueber das Typhusdiagnostikum von Ficker.

Die Gruber-Widal'sche Serumreaktion hat sich bei der Diagnose des Typh. abd. ein sicheres Bürgerrecht erworben, welches zu verteidigen wohl überflüssig erscheint.

Ihrer Kompliziertheit wegen kann dieselbe leider nicht von allen Aerzten angewandt werden und muss in der Privatpraxis häufig der Diazoreaktion das Feld räumen. Letztere ist sehr einfach, kann von jedem Arzt ausgeführt werden und erfordert kein besonderes Laboratorium. Aber die Diazoreaktion lässt uns mitunter in Stich, z. B. wo der Krankheitsprozess schon im Abklingen begriffen ist, denn mit dem Sinken der Temperatur schwindet auch diese Reaktion.

Hat man es mit einem fast abgelaufenen Typh. abd. zu tun, so kann uns die Diazoreaktion nicht mehr helfen, während die Gruber-Widal'sche Serumreaktion uns noch eine genaue Antwort giebt.

Ausserdem kommt die Diazoreaktion bei verschiedenen anderen Krankheiten vor, wie Tuberkulose, Masern, Pneumonie, Meningitis cerebrospinal. etc.

Aber, wie ich schon erwähnt habe, ist die Grube-Widal'sche Serumreaktion nicht für jederman zugänglich. Dieselbe erfordert ein bakter. Laboratorium, frische Typhuskulturen, einen Thermostat, ein Mikroskop etc. — alles was nicht jedem Arzte, besonders auf dem Lande, zur Verfügung steht. Daher ist eine jede Vereinfachung der Gruber-Widal'schen Reaktion mit Freuden zu begrüssen, besonders wenn dieselbe der Art ist, dass sie von jedem Arzte, dem keine besonderen Hilfsmittel zur Verfügung stehen, ausgeführt werden kann.

Die Zeit ist vielleicht nicht mehr fern, wo der Abdominaltyphus sich auch eine spezif. Behandlung gefallen lassen muss und dann kommt es erst recht darauf an, eine schnelle und sichere Diagnose stellen zu können.

Dr. Ficker ist es gelungen eine, die lebenden Typhuskulturen, ersetzende Flüssigkeit herzustellen, die allen Anforderungen genügt. Er hat, ausgehend von der Tatsache, dass abgetötete Kulturen gleichfalls agglutiniert werden, sich aus abgetöteten Kulturen eine Flüssigkeit — das Typho-Diagnostikum — dargestellt, die trübe erscheint, bei Zusatz aber von Typhusblutserum durch Agglutinieren vollkommen klar wird. Andere Sera haben keinen agglutinierenden Einfluss auf dieses Diagnostikum.

Demonstration der Methode.

Natürlich hat diese so verlockende Reaktion viele Nachprüfungen erfahren, so z. B. von J. Meyer im städtischen Krankenhaus zu Friedrichshain in Berlin. Er hat es sowohl an Typhuskranken, als an Patienten mit anderen Krankheiten versucht und stets mit der Widal'schen Reaktion verglichen und kommt zum Schluss, «dass die Gleichwertigkeit des Ficker'schen Typhodiagnostikums mit der alten Methode erwiesen sei». Das Ficker'sche Diagnostikum hat aber vor der alten Methode noch einen grossen Vorzug. Die von verschiedenen Stämmen herrührenden Typhuskulturen und die von demselben Stamme gezüchteten, aber infolge verschiedenen Alters verschieden virulenten Typhusbazillen werden in verschieden hohem Grade agglutiniert, so dass die mit lebenden Typhusbazillen angestellten Untersuchungen unter einander nur bis zu einem gewissen Grade vergleichbar sind. Dieser Uebelstand wird beim Ficker'schen Diagnostikum dadurch vermieden, dass es nur tote, in ihrer Virulenz nicht schwankende und von einem Stamme herrührende Bazillen enthält.

Nach Meyer führt die Anwendung der Typhodiagnostik nicht nur zu den gleichen Resultaten, wie das ursprüngliche Widal'sche Verfahren, sondern ist diesem aus theoretischen und praktischen Gründen vorzuziehen und kann deshalb Klinikern empfohlen werden.

In der Klinik Pribram's hat Güttler über das neue Typhodiagnostikum umfangreiche Untersuchungen angestellt und die Genauigkeit desselben mit der der lebenden Typhuskulturen verglichen.

Güttler fand, dass gut agglutinable Typhusstämme empfindlicher sind, als das Typhodiagnostikum; ferner gaben gut agglutinable Typhusstämme im Beginn des Typhus schon positive Resultate, wo das Diagnostikum noch nicht agglutiniert wird.

Im übrigen konnte Güttler die schon bekannten Eigenschaften des Diagnostikums bestätigen.

Einen Nachteil aber hat das Typhodiagnostikum, den es übrigens mit der Gruber-Widal'schen Reaktion teilt, — es wird ebenso, wie die Typhuskulturen, durch ikterisches Blutserum agglutiniert.

Auf diese Eigenschaft des ikterischen Blutes hat als erster Grünbaum aufmerksam gemacht. Er fand, dass das Blutserum mehrerer, an Ikterus leidender Kranken stark agglutinierende Eigenschaften auf die Typhus- und Cholerabazillen ausübte.

Diese Eigentümlichkeit des Ikterusblutes fand ihre Bestätigung von mehrfacher Seite.

Eckardt ist es sogar gelungen, an 2 Pat. mit Weyl'scher Krankheit, eine agglutinierende Wirkung auf Typhusbazillen bei einer Verdünnung von 1:1000 zu konstatieren.

Köhler erklärt diese Eigenschaft des ikterischen Blutes durch die chemische Wirkung der Galle. Jedenfalls ist es ihm gelungen, durch Unterbindung des Ductus choled. die agglutinierende Fähigkeit des Blutes zu erhöhen.

Ebenso hatte die bei Sektionen entnommene Galle eine stark agglutinierende Wirkung auf die Typhuskulturen. Von den Bestandteilen der Galle soll nach Köhler dem taurocholsaurem Natr. die agglutinierende Fähigkeit angehören, denn Injektionen dieses Stoffes ins Blut von Hunden vermochten mitunter demselben eine deutlich agglutinierende Eigenschaft zu verleihen.

Anderen Forschern, wie Eckardt, ist dieses Experiment nicht gelungen.

Jedenfalls, und darin sind alle einig, kommt dem ikterischen Blutserum eine die Typhuskulturen agglutinierende Wirkung zu und wird in einem krankhaft veränderten Stoffwechsel, der mit einer Lebererkrankung einhergeht, zu suchen sein.

Liegt also bei einen ikterischen Pat. auch der Verdacht auf einen Abdominaltyphus vor, so kann uns weder die Gruber-Widal'sche Reaktion noch das Typhodiagnostikum helfen, wohl aber die Diazoreaktion. Der ikterische Harn hat auf dieselbe keinen Einfluss, wie ich mich noch vor einigen Tagen überzeugen konnte.

Ich habe im Elisabeth-Kinderhospital das Ficker'sche Typhodiagnostikum bei etwa 20 Typhus — Pat. versucht und stets mit der Gruber-Widal'schen Reaktion verglichen, ich habe beide stets gleichwertig gefunden.

Einen besonderen Vorteil vor der Gruber-Widal'schen Reaktion bietet das Typhodiagnostikum blos durch seine Einfachheit und Entbehrlichkeit eines bacteriol. Laboratoriums. Im übrigen hat es keine Vorzüge, weder was Empfindlichkeit der Reaktion, noch die Zeit des Eintritts derselben, anbetrifft und wird wohl schwerlich die Gruber-Widal'sche Reaktion aus gut ausgestatteten Hospitälern verdrängen.

Praktischen Aerzten aber, besonders Landärzten, denen keine Laboratorien zur Verfügung stehen, kann ich das Ficker'sche Typhodiagnostikum bestens empfehlen.

(Autoreferat.)

Diskussion:

Masing fragt, ob das Blut stets zentrifugiert werden muss.

Lunin: Man kann das Blut auch einfach abstehen lassen.

Hörschelmann demonstriert ein dem Ficker'schen sehr ähnliches Aggglutometer von Parke — mit weniger Röhrchen — weswegen die Verdünnungsgrade nur von 1 zu 5 bis 1 zu 100 schwanken. Das Ficker'sche Diagn. ist sehr empfindlich, da es bei Verdünnung von 1:50,000 noch einen deutlichen Ausschlag geben soll. Der handliche, kleine Apparat ist gelegentlich gut brauchbar.

Ucke glaubt, dass es sich bei dieser Reaktion nicht um eine Agglutination, sondern um eine Praecipitation handelt.

Wladimiroff: Der Vorgang, der sich bei der Ausfällung getöteter Bazillen abspielt, ist derselbe, wie bei lebenden. Es findet gleichfalls ein Aufquellen und Zackigwerden der Ränder — kurz derselbe morphologische Vorgang statt. Man kann also von richtiger Agglutination sprechen. Gegenüber der von H. betonten Empfindlichkeit des Ficker'schen Diagn. ist zu bedenken, dass dieselbe von der richtigen Wahl des Bakteriums und vom benutzten Blut abhängt.

Anderson: Die Empfindlichkeit scheint auch von der Wahl des Nährbodens abzuhängen. Es sind übrigens gerade Fälle vorgekommen, bei denen die schwache Verdünnung ein negatives Resultat gab, während bei einer stärkeren Verdünnung die Agglutination eintrat. In einem Falle hat A. einen positiven Widal erlebt, trotzdem der Kranke am Tage darauf ein typisches Masernexanthem bekam. Vorher hatte der Pat. sicher nie einen Typhus abd. gehabt.

2. Neumann spricht über die Behandlung der Otitis media. (Erschienen in Nr. 12 der St. Pet. m. W.

Diskussion:

Germann: Im Augenhospital werden in der Kinderabteilung bei etwa 5 pCt. der skrophulösen Kinder mit Augenerkrankungen auch Rhinitis und Otitis beobachtet. Infolgedessen sind dort die Augenärzte stets gezwungen, auch diese Leiden mit zu behandeln. G. spritzt nie die Ohren aus, sondern begnügt sich mit häufigem Auswischen, Pagenstecher'scher Salbe und schwacher Argentumlösung.

Der Zusammenhang der Augenerkrankungen mit Ohren- und Nasenleiden ist besonders bei Kindern ein sehr naher, wo ausser der direkten Kommunikation dieser Organe mit einander noch manuelle Uebertragungen eine grosse Rolle spielen. G. hat deswegen oft mit gutem Erfolg solchen Kindern Pappmanschetten auf den Ellenbogen befestigt, so dass die Kinder mit den Fingern nicht in die Augen fahren können.

Serk: Der Schmerz steht oft bei der Otitis der Kinder im Vordergrund der Symptome. Daher möchte S. nicht ganz die Narkotika verbannt wissen. Die 5proz. Cocainglyzerinlösung hat sich ihm oft gut bewährt.

Feldt fragt, ob 10proz. Carbolglyzerinlösung verwendet wird. Ferner macht F. darauf aufmerksam, dass schon Rob. Koch den Nachweis geliefert habe, dass desinfizierende Stoffe nur in wässriger Lösung wirken, daher die Anwendung solcher Stoffe in Salbenform unzweckmässig sei.

Nissen tritt gleichfalls für die Narkotika — in Tropfen wie Salbenform ein. Er hat sich oft von dem sofortigen guten Erfolg überzeugen können.

Masing hat von den Neumann'schen heissen Kompressen ausgezeichnete Erfolge gesehen, auch bezüglich der Schmerzstillung. Er ist stets ohne Narkotika ausgekommen. Nach erfolgter Perforation ist er für eine Jodoformbehandlung, weil diese flüchtige Substanz auch durch das perforierte Trommelfell desinfizierend wirken kann.

Blessig schliesst sich Germann an und betont, dass schon Horner die Regel aufstellt, dass bei skrophulösen Augenerkrankungen stets auch die anderen skrophulösen Affektionen, die dabei fast nie fehlen, behandelt werden müssten.

Neumann ist gegen die Anwendung von pulverisierten Medikamenten, die sich zusammenbacken und als Fremdkörper wirken können.

Mit der Germann'schen Therapie ist er einverstanden, nur warnt er vor forcierten Spülungen der Nase — eine Behandlung mit Oelen ist vorzuziehen. Was die diversen narkotischen Mittel betrifft, so wendet N. sie nie an, weil er den heissen Kompressen denselben schmerzstillenden Einfluss und einen besseren Verlauf der Fälle beobachtet hat. Die Resorption solcher Medikamente kann auch schon deswegen nicht gross sein, weil das Trommelfell keine Schleimhaut besitzt, daher sehr schlecht resorbiert. Mazeration findet bei Kompressen mit Aqua Plumbi nicht statt. Die Kompresse muss heiss appliziert werden und gut sitzen, d. h. völlig luftdicht, — dann hilft sie unbedingt.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau.

Sitzung vom 4. August 1905.

1. Prissmann demonstriert einen jungen Mann mit Kryptorchismus. Die kaum pflaumengrossen Hoden sind beiderseits im Verlaufe des Leistenkanales deutlich durchzufühlen. Patient weist ausserdem zahlreiche intensive, seit Monaten bestehende Erytheme als Folge einer wegen Psoriasis erfolgter Chrysarobinbehandlung auf. Dieselben traten bald nach den ersten Einpinselungen einer 10 pCt. Salbe auf.

Liedke referiert im Anschluss daran über die Operationsmethode von Gersuny bei Inguinalhoden.

2. Stud. med. Pollak, Assistent des städt. Krankenhauses, stellt einen 10-jährigen Patienten mit diphtheritischer Lähmung der unteren Extremitäten vor. Patient war im April an Rachendiphtherie erkrankt; gegen Ende der dritten Krankheitsperiode trat eine Akkomodationslähmung ein. Während sich nun beide besserten, entwickelte sich eine Parese der unteren Extremitäten.

3. Prissmann stellt ein 9 Monate altes Kind männlichen Geschlechts vor, das auf der rechten Gesässhälfte ein grosses Hautgeschwür aufweist. Nach Angabe der Eltern soll gleich bei der Geburt ein grosser roter Fleck an dieser Stelle bemerkt worden sein; ähnliche Flecke befanden sich und finden sich noch zur Zeit in der rechten Inguinalfalte und auf der rechten Skrotalhälfte. Vor etwa 2 Monaten entstand im Zentrum des Gesässnaevus eine Art Furunkel, der bald geschwürig zerfiel und allmählich das vorliegende Ulcus bildete. Dasselbe ist reichlich 10 cm. lang und breit, weist stark infiltrierte Ränder und einen unsauberen, höckerigen, mit zähem Eiter bedeckten Grund auf. Ausser diesem übelriechenden schmerzhaften Geschwür sind noch die oben genannten Naevi und zahlreiche, über den ganzen Körper zerstreute Petechien zu konstatieren. Demonstrand nimmt die Bildung eines vermutlich bösartigen Geschwürs auf der Basis eines Naevus an. Näheres über diesen ungewöhnlichen Fall gedenkt Prissmann demnächst in einem dermatologischen Fachblatt zu veröffentlichen.

4. von Rautenfeld beobachtete eine totale Amaurose nach Lungenblutung. Es handelte sich um eine über 60 Jahre alte, an Vitium cordis und Arteriosklerose leidende Dame, die vor ca. 2 Wochen heftige Lungenblutungen hatte. Im Anschluss daran trat eine vollständige Erblindung ein; die Sehstörung zeigte sich zuerst auf den rechten Gesichtsfeldhälften. — Am 1. August untersuchte Ischreyt die Augen der Patientin: die rechte Pupille reagierte träge, die linke aber besser. Der Spiegelreflex wurde lokalisiert, doch fand sich ein auffallender Unterschied zwischen den rechten und linken Gesichtsfeldhälften. Ophthalmoskopisch liess sich an den Gefässen nichts besonderes feststellen.

Im Anschluss an diesen Fall berichtet Ischreyt kurz über unsere augenscheinlichen Kenntnisse von der Anamnese nach Blutungen.

5. Christiani referiert über einen Fall von Hydramnios bei Zwillingsschwangerschaft im 5. Monate der Gravidität. Der Umfang des Leibes betrug 114 Cm.; schwierig war die Differentialdiagnose gegenüber Ovarientumor plus Gravidität, da rechts über d. Poupart'schen Bande eine gedämpfte Zone sich befand (2. Zwilling), während sonst das ganze Abdomen von einem fluktuierenden Tumor eingenommen wurde. Durch Nachweis von Fluktuation an den Eihäuten im erweiterten Cervikalkanal wurde die Diagnose Hydramnios sichergestellt. Eihautstich und langsame Entleerung von 7 Liter Fruchtwasser, darauf Geburt der zweieiigen Zwillinge.

Von Bedeutung für die Erklärungsversuche der Entstehung des Hydramnios ist das Auftreten desselben in so frühem Schwangerschaftsmonate.

Präses: Prissmann.
Sekretär: Ischreyt.

September-Sitzung 1905.

Unter der Leitung der Krankenhausärzte wurden die neue Desinfektionskammer, das Röntgenkabinet und die noch nicht ganz fertiggestellten Neubauten besichtigt. Potapow und Gilbert demonstrierten dann eine grosse Reihe von Röntgen-Negativen.

1. Gilbert spricht über das Wesen der Röntgenstrahlen und ihre Anwendung in der Medizin.

2. Ischreyt spricht über die diagnostische und therapeutische Verwertung der Röntgenstrahlen in der Augenheilkunde.

In der Diskussion, die sich an die beiden Vorträge anschloss, erwähnt Goldberg, dass er vor kurzem bei Lichtheim einige Fälle von Leukämie, die mit Röntgenstrahlen behandelt wurden, gesehen hätte; eine Besserung des Zustandes war ganz augenscheinlich.

In einem Falle von inoperablem Karzinom der Mamma beobachtete Goldberg infolge der Röntgenbehandlung ein Schwinden der Schmerzen, so dass das Morphium ausgesetzt werden konnte. - Bei Hautleiden giebt nach Heydemann die Behandlung mit Röntgenstrahlen nur dann gute Resultate, wenn es sich um mykotische Prozesse handelt. — Ischreyt weist auf die Analogien zwischen den Veränderungen der Haut- und Augengefässe nach Röntgenbestrahlung hin. Er fragt ferner Giebert, ob nach dem Stande unserer Kenntnisse bei der Besserung infektiöser Prozesse eine bakterizide Wirkung anzunehmen sei oder ob es sich blos um Entziehung günstiger Ernährungsbedingungen handele.

Giebert ist geneigt das letztere anzunehmen. Straume fragt, ob nicht die Eigenschaft der Röntgenstrahlen, Haarausfall zu bewirken, bei der Trichiasis Anwendung finde. Ischreyt befürwortet die operative Methode, weil sie sicherer und kürzer sei.

3. Straume stellt einen Fall von Skleroderma diffusum vor und giebt im Anschluss daran einen Ueberblick über den Verlauf dieses seltenen Leidens und über die Hypothesen, die hinsichtlich seiner Aetiologie aufgestellt worden sind. Eine ausführliche Schilderung des Falles wird in der St. Petersb. Med. Wochenschr. erfolgen.

Vorsitzender (in Stellvertretung): Goldberg.
Sekretär: Ischreyt.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Am 24. März beging der Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie an der militär-medizinischen Akademie, Dr. Alexei Lebedew, das 30-jährige Jubiläum seiner Lehr- und ärztlichen Tätigkeit. — Der Jubilar, welcher gegenwärtig im 55. Lebensjahre steht, fungiert auch als Konsultant an der Heilanstalt für ambulante Kranke der Herzogin von Sachsen-Koburg und als Leiter des XII. städtischen Gebärasyls an der Ssadowaja.

— Mittelst Allerhöchsten Ukases an den Dirigierenden Senat ist der Gehülfe des Chefs der Ober-Militär-Medizinalverwaltung, Dr. Stefanowitsch, auf sein Gesuch aus dem Dienst entlassen worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum wirklichen Geheimrat.

— Professor Dr. Robert Koch ist von dem soeben geschlossenen 35. deutschen Chirurgenkongress als derjenige, dem die Chirurgie ihr jetziges Rüstzeug, die Asepsis, in erster Linie verdankt, zum Ehrenmitgliede gewählt worden. — Koch hat am 7. April n. St. in Begleitung seiner Gattin Berlin verlassen, um seine auf $1^1/_2$ Jahre berechnete Reise nach Afrika zur Erforschung der Schlafkrankheit anzutreten. Er wird von Tanga an der ostafrikanischen Küste an der Spitze der vom Deutschen Reiche ausgerüsteten wissenschaftlichen Expedition den Marsch ins Innere, wahrscheinlich nach British-Uganda an das Ufer des Viktoria-Nyanza, antreten.

— Der Oberarzt des hiesigen Nikolai-Kadettenkorps, Dr. Th. Plinatus, ist krankheitshalber mit Uniform und Pension verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum Geheimrat.

— Ernannt: Der Gehülfe des Direktors der Moskauer Entbindungsanstalt, Akkoucheur Dr. Cholmogorow. -- Zum Direktor der genannten Anstalt; der Kurator des Kinderasyls zum Gedächtniss des Cäsarewitsch Georg Alexandrowitsch in St. Petersburg Dr. Hess — zum Direktor des Sserebreny-Kinderasyls in St. Petersburg; der Direktor des Elisabeth- und Marien-Kinderasyls in St. Petersburg Dr. Siem — zum Kurator des Sserebreny-Kinderasyls.

— Die Esmarch-Medaille für besondere Verdienste um das Samariter- und Rettungswesen ist dem Vorsitzenden des Arztevereins der Berliner Rettunggesellschaft, Sanitätsrat Dr. S. Alexander, verliehen worden.

— Dr. Rudolf v. Grot (Mitau) ist zum 3. Ordinator am Kurländischen Kollegium der allgemeinen Fürsorge mit den Rechten des Staatsdienstes ernannt worden.

— Der Gehülfe des Kasanschen Gouvernements-Medizinalinspektors Dr. Jegorow ist auf den Posten eines Prosektors der Universität Kasan übergeführt worden, unter Verabschiedung vom erstgenannten Amte. An seiner Stelle ist zum Gehülfen des Gouvernements-Medizinalinspektors der frühere ausseretatmässige Medizinalbeamte des aufgehobenen Medizinaldepartements Dr. Kupidonow ernannt worden.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) In Odessa am 7. März der Stadtarzt von Olgopol (Podolien) Dr. Wladimir Rodsjanowski im 35. Lebensjahre, nach 10-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 2) In Nizza der Assistent der chirurgischen Klinik der Universität Kasan, Dr. Stanislaus Petrulis, im Alter von 34 Jahren. Der Hingeschiedene war ein Schüler der Kasanschen Universität, an welcher er anfangs Naturwissenschaften, dann Medizin studierte. Nach Absolvierung des Kursus im Jahre 1897 wurde er Assistent an der chirurgischen Fakultätsklinik, welche er bis kurz vor seinem Tode innehatte. Aus seiner Feder stammen auch mehrere Arbeiten aus dem Gebiete der Chirurgie. Eine schwere Nervenkrankheit zerstörte den sonst kräftigen Organismus des Verstorbenen und führte in wenigen Monaten seinen vorzeitigen Tod herbei. Wie ein Kollege dem Verstorbenen im «R. Wratsch» nachrühmt, war er ein gewissenhafter, uneigennütziger Arzt und zugleich ein guter Mensch mit viel Verständniss für die Leiden anderer. 3) In Charbin der Reservearzt Dr. Salomon Mundstück im 42. Lebensjahre. Vor seiner Einberufung war er freipraktizierender Arzt in Warschau. 4) In Köln der Senior der dortigen Aerzte, Geh. Sanitätsrat Dr. Joseph Mertznich, im Alter von 97 Jahren. Im September 1904 konnte er noch verhältnissmässig rüstig sein 70-jähriges Doktorjubiläum feiern.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Zu Wahlmännern für die Wahl von Reichsratsmitgliedern sind seitens der Dorpater Universität der Rektor Prof. Passek, der Dekan der medizinischen Fakultät Prof. Th. Ewezki und Prof. Pustoroslew gewählt worden.

— Die Konferenz der militär-medizinischen Akademie erachtet die Wiederaufnahme der Vorlesungen und Beschäftigungen in der Akademie im laufenden Semester für unzulässig und hat daher beschlossen, die Akademie nicht zu eröffnen.

— Zur Deckung des Defizits der Universitäten, das infolge der Befreiung der Studenten von den Zahlungen für das Hören der Vorlesungen im Frühjahrssemester des Jahres 1905 entstanden ist, sind, wie die «Pet. Tel. Ag.» meldet, 238,000 Rbl. aus Staatsmitteln angewiesen worden. Davon erhält die Dorpater Universität nur 10,000 Rbl. Den höheren weiblichen Kursen wurden, als einer privaten Institution, die Subsidie verweigert.

— Dem Minister der Volksaufklärung ist das Recht verliehen worden, Personen, die eine Mittelschule ohne die alten Sprachen absolviert haben, nachdem sie nur im Lateinischen eine Prüfung bestanden, zum Universitätsstudium zuzulassen, wenn im übrigen das Programm dem eines Gymnasiums entspricht. Im entgegengesetzten Falle müssen in den übrigen Lehrfächern, deren Programm abweicht, gleichfalls Prüfungen abgelegt werden.

— Eine eindrucksvolle Gedenkfeier für den vor kurzem verstorbenen Schöpfer der wissenschaftlichen Urologie Prof. Max Nitze fand im Hörsaale des Kaiserin Friedrich-Hauses für das ärztliche Fortbildungswesen unter Teilnahme der hervorragendsten Vertreter des medizinischen Berlins statt. Die Reihe der Reden eröffnete Prof. v. Bergmann, der ein umfassendes Bild von der Bedeutung Nitzes für die Fortentwicklung der Chirurgie entwarf. Als zweiter Redner schilderte Prof. Posner, wie Nitzes Erfindung, das Kystoskop, einen untrüglichen Wegweiser für die Erkennung und Behandlung der Blasenleiden und der Nachbarorgane giebt, und zeigte, dass Nitze in seinem Sondergebiet das Gleiche geleistet hat, wie Helmholtz und Graefe zusammen auf dem Gebiete der Behandlung des kranken Auges. Im Namen der früheren

Assistenten und Schüler gedachte sodann Prof. R. Kutner des verblichenen Meisters, den er nicht bloss einen Erfinder, sondern auch einen Wegfinder nannte. Zum Schluss widmete Prof. P. Heymann warme Freundesworte Nitze, dem guten Menschen und dem hülfreichen Arzt, der trotz aller bitteren Erfahrungen auf seinem wissenschaftlichen Werdegange nie verbittert wurde. — Gleichzeitig fand die Eröffnung einer reichhaltigen Sonderausstellung der Nitzeschen Apparate in ihrem gesamten Werdegange, sowie der gesamten literarischen Arbeiten des Begründers der Kystoskopie statt.

— Der ordentliche Professor der Pharmakologie, Dr. Arthur Heffter in Bern, hat den an ihn ergangenen Ruf in gleicher Eigenschaft an die Universität Marburg angenommen.

— Das von dem verstorbenen Dr. Horn erbaute orthopädische Institut soll, wie die «Pet. Gas.» erfährt, der Verwaltung des Ministeriums des Innern unterstellt werden.

Standesangelegenheiten.

— Zu Wahlmännern für den Reichstag waren bis zum 22. März 90 Aerzte gewählt, davon 12 als Bevollmächtigte der Kleingrundbesitzer, 8 als Wahlmänner der Grossgrundbesitzer und 82 als Wahlmänner von den Städten.

— Dem französischen Senat gehören gegenwärtig 44 Aerzte als Mitglieder an.

— Die Organisation der Landschaftsärzte des Moskauer Gouvernements hat, wie dem «Herold» aus Moskau mitgeteilt wird, am 24. März eine Konferenz abgehalten, in welcher die Aerzte der Landschaft sich verpflichteten, die auf Verlangen der Administration entlassenen Aerzte für berechtigt zu halten, ihre Plätze jederzeit wieder einzunehmen. Solange dieses nicht möglich ist, werden die Vakanzen provisorisch besetzt und zwar geschieht die Wahl der neuen Aerzte durch die Organisation. Den Entlassenen wird eine materielle Unterstützung zugesichert, solange sie keinen Posten erhalten. Nimmt ein Arzt eine Stelle eines Entlassenen ein, ohne dass die Organisation damit einverstanden ist, so wird er von den Kollegen gesellschaftlich boykottiert. Diese Organisation der Landschaftsärzte hat auch schon in Ausführung ihres Beschlusses ein Ballotement derjenigen Aerzte durchgeführt, die an Stelle der entlassenen Aerzte das Mytischinsker Krankenhaus verwalten sollen. Der Arzt Gilbrass (?), der vom Landschaftsamte in das Krankenhaus in Marjina-Roschtscha berufen war, weigerte sich, sich nachträglich einem Ballotement der Kollegen zu unterziehen. Ueber ihn wurde sofort der gesellschaftliche Boykott verhängt. Dieselbe Organisation der Landschaftsärzte arrangierte am 25. März eine kleine Demonstration auf dem Kursker Bahnhofe, wo der Landschaftsarzt W. Renaud seine Reise nach dem Tobolsker Gouvernement, wohin er auf 5 Jahre verbannt ist, antrat. Die Landschaftsärzte erschienen in corpore; auf dem Bahnhofe waren auch viele Arbeiter, die in ihrem Namen baten, der verbannte Arzt möge auf jeden Fall für den Weg die von den Arbeitern, die er früher behandelte, aus Dankbarkeitsgefühl gesammelte Gabe von 100 Rbl. annehmen.

— Der hochverdiente Syphilisforscher Prof. Dr. Neisser (Breslau) erfuhr, wie wir in Nr. 10 mitteilten, in Stettin, wo er einen Vortrag über Ehe und Geschlechtskrankheiten hielt, grobe Verunglimpfungen. Infolgedessen haben sich die Stettiner Aerzte vereinigt, dem Gelehrten eine Genugtuung zu geben. In einer zahlreich besuchten Aerzteversammlung in welcher ein Schüler Neissers, Dr. Kroesing, darlegte, dass die Vorwürfe, die Prof. Neisser in jener Versammlung gemacht wurden, durchaus unbegründet sind, wurde einstimmig beschlossen, im Namen der Stettiner Aerzteschaft die folgende Adresse an Prof. Neisser zu senden:

«Die Aerzteschaft Stettins ist heute zusammengekommen, um ihrem tiefsten Bedauern Ausdruck zu geben über die Vorgänge, welche sich hierselbst am 9. d. M. während Ihres Vortrages ereignet haben, und dies Bedauern wird — des sind wir gewiss — von den weitesten Kreisen unserer Bevölkerung in allen ihren Schichten geteilt. Zwar werden Sie, hochverehrter Herr Geheimrat, von den Ausschreitungen einer irregeleiteten, urteilslosen, kleinen Schar ebenso wenig berührt wie unsere Wissenschaft, die von ihrer Reinheit und Höhe nichts dadurch einbüsst, dass anmassender blöder Unverstand gerade in unserer Zeit mehr als je über sie und ihre tiefsten Fragen zu Gericht sitzt. Dennoch erfüllt es uns mit Entrüstung und Trauer, dass jene Ausschreitungen gerade in unserer Stadt möglich waren und sich gegen einen Mann richteten, der, seit Jahren einer der vornehmsten Kämpfer für die Gesundheit des Volks, uneigennützig dem Rufe hierher folgte, um seine warnenden Mahnworte an das Volk selbst zu richten. Diese Anfeindungen aber sollen für uns aufs neue ein Anlass sein, uns um die führenden Geister unserer Wissenschaften, in deren vordersten Reihen Sie stehen, noch fester zu scharen und uns mit ihnen eins zu fühlen in dem idealen Streben und Arbeiten für Wissenschaft und Volkswohl».

Kongressnachrichten.

— Der 35. Kongress der deutschen chirurgischen Gesellschaft wurde am 4. April n. St. im Langenbeckhause zu Berlin durch den derzeitigen Vorsitzenden, den Berliner Chirurgen Prof. Dr. W. Körte, mit einer Rede eröffnet, in welcher er, nach ehrendem Andenken der 21 im letzten Jahre verstorbenen Mitglieder der Gesellschaft, darauf hinwies, wie im Laufe der Jahrzehnte des Bestehens des Chirurgenkongresses die Pflege der Chirurgie und mit ihr auch die Zahl der Mitglieder der chir. Gesellschaft aus dem engeren Bezirk der Universitätslehrer sich auf den weiteren Kreis der praktischen Chirurgie in Stadt und Land ausgebreitet hätte. Der erste Platz in der wissenschaftlichen Tagesordnung war diesmal der Kriegschirurgie eingeräumt, über welche zahlreiche Chirurgen, darunter auch mehrere Balten, die auf dem Kriegsschauplatze im Fernen Osten tätig waren, ihre Erfahrungen mitteilten. Wir nennen hier Prof. Dr. Zoege v. Manteuffel (Dorpat), Dr. Bornhaupt (Riga), Dr. v. Brackel (Libau) und Privatdozent Dr. Wreden (St. Petersburg) aus Russland, ferner aus Deutschland die DDr. Schaefer, v. Oettingen, Brentano, Hildebrandt, Colmers (sämtlich aus Berlin) und Henle (Breslau), die alle über ihre Erfahrungen im russisch-japanischen Kriege berichteten.

Die Ehre der Eröffnung der Vorträge fiel Prof. Zoege v. Manteuffel zu, der einen Ueberblick über die Gestaltung des modernen Schlachtfeldes nach den Erfahrungen im letzten Kriege gab. Bei der heutigen Taktik sei wegen der Entfernung der Kämpfenden von 7—3 Kilometer für die Aerzte innerhalb dieses Bereichs wenig erspriessliche Arbeit, es müsse daher zum Zweck der ersten Hülfe auf dem Schlachtfelde der Regimentsverbandplatz in Zukunft durch einen Hauptverbandplatz ersetzt werden. Am besten hätten sich die Einrichtungen vom Roten Kreuz an der Aufmarschlinie bewährt. Was die Zahl der Verwundungen anbetrifft, so müsse man nach einer Ueberschlagsberechnung von der Iststärke etwa $^1/_4$ als verwundet rechnen. Die Haupttätigkeit der Aerzte fiel in die Nacht; es mussten etwa 100—120 Verwundete in jenen Kämpfen auf einmal versorgt werden.

Dr. Bornhaupt berichtete über Gelenkschüsse in seinem Roten Kreuz-Lazarett. Für den Ausgang der Gelenkverletzungen sei von grösster Wichtigkeit die Behandlung auf dem Schlachtfelde und die Wegschaffung, wozu aber im letzten Kriege die Mittel sehr häufig fehlten. B. glaubt, dass die Bier'sche Stauungsbehandlung im nächsten Kriege von Bedeutung für die Behandlung der Gelenkschüsse sein werde. Auf die weiteren Vorträge wollen wir hier nicht weiter eingehen, da ein ausführlicher Bericht über den Kongress für unsere Wochenschrift in Aussicht steht.

Erwähnen wollen wir aber noch, dass Prof. v. Bergmann in der Besprechung dieser Vorträge betonte, dass nach dem Eindruck des von ihm hier Gehörten im Vergleich zu seinen früheren eigenen Erlebnissen und Lehren eine wesentliche Aenderung sich nicht vollzogen habe. Er habe schon damals bei Verwundungen, wo das Leben nicht unmittelbar auf dem Spiele stand, die grösste Zurückhaltung auf dem Schlachtfelde gefordert und die grossen Eingriffe auf die günstigeren Verhältnisse der Lazarette verlegt.

Verschiedene Mitteilungen.

— Nach Analogie des «Vereins abstinenter Aerzte des deutschen Sprachgebiets» ist jetzt auch ein «Verein abstinenter Juristen des deutschen Sprachgebiets» in der Bildung begriffen.

— Den Komitees der Schwesterngemeinschaften des «Roten Kreuzes» ist von der Hauptverwaltung des Russischen «Roten Kreuzes» aufgetragen worden, binnen 6 Monaten die

Zahl der Schwestern auf den Friedensetat zu verringern. Den aus dem Dienst ausscheidenden Schwestern können, nach eingeholter Genehmigung der Hauptverwaltung, einmalige Subventionen ausgereicht werden.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 18. März d. J. 11818 (75 wen. als in der Vorwoche), darunter 1026 Typhus — (7 mehr), 1183 Syphilis — (13 wen.), 412 Scharlach — (10 wen.), 170 Diphtherie — (3 wen.), 92 Masern — (11 mehr), und 17 Pockenkranke — (1 wen. als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche von 12. bis zum 18. März d. J. im ganzen 940 (516 M., 424 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 2, Typhus abdom. 31, Febris recurrens 3, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 42, Scharlach 25, Diphtherie 15, Croup 0, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 33, Erysipelas 2, Grippe 6, Katarrhalische Lungenentzündung 120, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 13, Tuberkulose der Lungen 115, Tuberkulose anderer Organe 24, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 61, Marasmus senilis 31, Krankheiten des Verdauungskanals 93, Totgeborene 52.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, den 11. April 1906.

Tagesordnung: Diskussion über Wanach's Vortrag vom 21. März.

Heuking: Zur Behandlung der Spondylitis tuberculosa (mit Demonstration von Kranken und Apparaten).

Schiele: Die Bedeutung der Cystoskopie bei Nierenkrankheiten.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 10. April 1906.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Schwester **Hedwig Breyer** (zu erfragen bei **Dr. Bursian**: Троицкая 29 oder bei **Frl. Kern**: Конногвардейскій бульваръ 17, кв. 12).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Zum Zweck der jährlich stattfindenden Kontrolle der Adressen der in der Liste der «St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift» verzeichneten Krankenpflegerinnen ersuchen wir Diese hiermit der Redaktion Ihre jetzigen Adressen mitzuteilen.

Die Redaktion

der „St. Petersburger Med. Wochenschrift".

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. -Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. E. Blessig in St. Petb., W. O., 4 Linie, 5 zu richten. Sprechstunden tägl. ausser Mittwoch u. Sonntag v. 4—6 U. Telephon 20557.

№ 14 St. Petersburg, den 8. (21.) April. 1906.

Der XVIII. Aerztetag der Gesellschaft Livländischer Aerzte

findet vom 20. bis zum 22. August a. c. in Wolmar statt. Kollegen, welche Vorträge zu halten wünschen, werden gebeten, dieselben spätestens bis zum 1. Juli c. beim Unterzeichneten anzumelden und die Manuskripte in druckfertigem Zustande zum Aerztetage mitzubringen.

Dr. C. Ströhmberg,
d. Z. Präses d. Gesellsch. Livl. Aerzte.

Dorpat, Carlowa Str. 6.

Aus dem Lodzer städtischen sanitären Laboratorium.

Aktive Immunisierung gegen die Cholera.

Von

Dr. Stanislaw Serkowski,

Direktor des Laboratoriums.

(Fortsetzung.)

Das Hauptkriterium der Immunisierung des Tieres oder des Menschen ist die Untersuchung der bakteriziden Eigenschaften des Blutes vor der Impfung und 5—8 Tage nach jeder Impfung. Solche Untersuchungen bezwecken ebenso den Wert jeder der obigen und anderen Methoden nachzuprüfen, wie auch die bakteriziden Eigenschaften des Serums der geimpften Personen mit denen des Serums der Rekonvaleszenten zu vergleichen.

Es giebt zwei Methoden der Untersuchung der bakteriziden Eigenschaften des Blutes — in vitro und in vivo.

Die Untersuchung in vitro besteht darin, dass mit der verschiedenen bestimmten Menge des zu untersuchenden Serums feste bestimmte Kulturmengen von spezifischen Bakterien und feste bestimmte Mengen normalen Serums (sog. Komplement) in Probiergläsern zusammengemischt werden, dann nach 4—6stündigem Aufenthalt des Gemisches im Thermostat dieses aus jedem Probierglas auf Agarplatten ausgegossen und auf 24 Stunden in den Thermostat hineingestellt wird. Durch die Zählung der ausgewachsenen Bakterienkolonien wird festgestellt, ob und in welchem Grade die bestimmte absolute Serummenge spezifische Bakterien zu vernichten vermochte. Der Zusatz des Komplements, d. h. des normalen Serums, ohne welches die Bakterizidie nicht erhalten werden kann, ist notwendig.

In meinem Laboratorium bedienen sich die Kollegen zur Untersuchung der Bakterizidie in vitro folgender von mir ausgearbeiteter Tabelle I.

A — B — C sind drei kleine sterilisierte gläserne Fläschchen mit breiten mit Watte gepfropften Hälsen; in jedes Fläschchen wird mittels sterilisierter Pipette die in der Tabelle bestimmte Menge (in cm^3) Serum und physiol. NaCl-lösung hineingebracht. In jedes der 9 sterilen Probiergläser wird die bestimmte Menge des zu untersuchenden Serums, des normalen Serums, physiol. NaCl-lösung, 1 Oese spezifischer Bakterien in 3 Tropfen Bouillon gebracht. Die 4 letzten Probiergläser dienen zur Kontrolle des Serums, des Komplements und der Bakterien. Die letzte Rubrik zeigt gleich den Titre des untersuchten Serums, ihre absolut kleinste zur Vernichtung 1 Oese spezifischer Bakterien nötige Dosis: wenn 0,006 (5-tes Probierglas) uns Kolonienwachstum in den Platten giebt, beim Gebrauch von 0,01 (4-tes Probierglas) aber Kolonien auf den Platten fehlen, so sagen wir, dass der bakteriologische Titre des untersuchten Serums = 0,01. Die Resultate meiner Untersuchungen nach dieser Methode werde ich unten angeben.

Die Untersuchung in vivo besteht im sog. Pfeiffer'schen Phaenomen.

Tabelle I.
Bakterizid. Titre.

Serum { A = 0,1 Serum + 0,4 NaCl = 0,5
B = 0,05 A + 0,2 NaCl = 0,25
C = 0,05 B + 0,2 NaCl = 0,25

№ des Probierglases	Serum	Physiol. NaCl	Komplement	Bakterien	Titre=Serum quant. absolut.
1	0,1 Ser.	1,6	0,3	1 Oese + 3 Tropfen Bouillon	0,1
2	0,3 A	1,4		» »	0,06
3	0,1 A	1,6		» »	0,02
4	0,05 A	1,65		» »	0,01
5	0,15 B	1,55		» »	0,006
6	0,05 B	1,65		» »	0,002
7	0,15 C	1,55		» »	0,0012
8	0,05 C	1,65		» »	0,0004
9	0,02 C	1,68		» »	0,00016
10	0,1 Ser.	1,9	0	» »	Kontrolle
11	0	1,7	0,3	» »	
12	0	2,0	0	» »	
13	0,1 Ser.	1,7	0,3	0	

R. Pfeiffer hat ein aktiv immunisiertes Meerschweinchen mit virulenten Choleravibrionen infiziert, dann je 5 Minuten mittels eines Glaskapillars einen Teil des Peritonealexsudates gewonnen und sich durch die Untersuchung im hängenden Tropfen überzeugt, dass Vibrionen, welche beim Kontrolltier sich lebhaft bewegen und seinen Tod verursachen, im Organismus des immunisierten Tieres in Körnchen und Kügelchen zerfallen und rasch zugrunde gehen. Diese Methode, Pfeiffer'sches Phänomen genannt, dient zur quali- und quantitativen Untersuchung der bakteriziden Eigenschaften des Serums, dann zur Bestimmung der Spezifität oder zur Differenzierung der untersuchten Bakterien: im ersten Falle gebrauchen wir das untersuchte Serum des Tieres oder des Menschen und die bestimmte Kultur spezifischer Bakterien von einer bestimmten festen Virulenz, im zweiten aber das bekannte hochwertige Serum mit dem bekannten bestimmten Titre und die untersuchte Kultur der isolierten Bakterien. Das Pfeiffer'sche Phänomen und die Reaktion des Serums sind beständiger und sicherer, als sogar die Bestimmung der Bakterienvirulenz; bakteriolytische und agglutinierende Eigenschaften bleiben sogar dann, wenn die Virulenz der betreffenden spezifischen Bakterien verschwunden ist. Die Grundlage dieser Untersuchungen ist die Gewinnung eines hochwertigen Serums, dessen 0,0002 G. genügen, dass bei gleichzeitiger Einverleibung 1 Normalöse (= 2 mg) einer 18-stündigen Agarkultur von einer festen und bestimmten Virulenz mit 1 cm³ Bouillon ins Peritoneum eines Meerschweinchens sämtliche Choleravibrionen während 20 bis 40 Minuten in Körnchen und Kugelgebilde zerfallen, d. h. es wird ein Serum gebraucht, dessen Titre 0,0002 G. entspicht. Aus dem Serum bereiten wir Verdünnungen 1 : 10 auf 100 und 1000, die Menge der genommenen 18-stündigen Kultur beträgt beständig 1 Oese, also die zehnfach tödliche Dosis, mit 1 ccm³ Bouillon (nicht Pepton und nicht Salzlösung) zusammengemischt; das Gemisch wird mittels einer stumpfen Nadel zweien Meerschweinchen einverleibt: dem ersten 1 ccm³ der Verdünnung 1 : 100 (d. h. 10 mg. Serum), dem zweiten 1 ccm³ der Verdünnung 1 : 1000 (d. h. 1 mg. Serum), das dritte und vierte dienen zur Kontrolle (es erhält nämlich die 3. 10 mg. normales homologisches Serum, die 4. aber — $^1/_4$ Oese Kultur ohne Serum). Nach 20—40 Minuten ziehen wir mittels gläserner Kapillaren Syst. Pasteur oder Issajeff etwas Exsudat aus der Peritonealhöhle und untersuchen ein Tröpfchen dieses Exsudates im hängenden Tropfen: 10 mg. Serum genügen gewöhnlich zur Verwandlung sämtlicher Choleravibrionen in Körnchen. Bei der Untersuchung mittels des Pfeiffer'schen Phänomens der bakteriziden Eigenschaften des Blutes einer immunisierten Person nehmen wir statt des hochwertigen das Blutserum des betreffenden Individuums und titrieren es genau.

Was ich oben über Methoden der aktiven Immunisierung gesagt habe, gilt auch für das Pfeiffer'sche Phänomen: es ist ein ganz sicheres, vorzügliches Kriterium (bei regelrechter Technik und nach Pfeiffer's und Issajeff's Hinweisen durchgeführter Kontrolle) der bakteriolytischen Fähigkeit des untersuchten Blutes, giebt ganz genaue, mathematisch sichere Angaben betreffs der bakteriziden Eigenschaften des Serums, das Wesen dieses Phänomens aber ist noch nicht endgültig aufgeklärt. Es giebt zwar zahlreiche Hypothesen, wie z. B. die der Plasmolyse und Plasmophyse Fischer's[12]), Fixatoren Bordet's, Makro- und Mikrocytosen und Stimuline Miecznikoff's[13]), bakteriotrope Subtanzen, Neufeld's und Töpfer's[14]), Glabriphysine Gruber's[15]), Aggressine Bails[16]), endlich die so allseitige Ehrlich'sche Theorie. Damit eben wird der Skeptizismus der Kritiker erklärlich, welche, da sie niemals so augenscheinliches Kriterium der bakteriziden Eigenschaften des immunsierten Tieres, wie es obige Methode und das Pfeiffer'sche Phänomen im besonderen sind, sehen und blos von verschiedenen Impfungsmethoden und verschiedenen Hypothesen der sicher festgestellten Erscheinung hören, den aktiven Impfungen praktische Bedeutung und Anwendung absprechen.

Von den angeführten zwei Bestimmungsmethoden der Bakterizidität des Blutes ist das Pfeiffer'sche Phaenomen sicherer, weil bei der Zusammenmischung der lebendigen Kultur mit Choleraserum im Probierglas entweder keine Bakterizidie stattfindet, oder sie erscheint in etwas stärkeren Konzentrationen, als im lebendigen Organismus; um diesen Unterschied auszugleichen, wird noch normales Serum eingeführt, weil — nach Ehrlich'schen Experimenten — das genannte Phaenomen zwei Faktoren erfordert, nämlich die Wirkung des immunisierten Organismus und die des Komplements; es wirkt aber weder der erste, noch das letzte von selbst bakteriolytisch, sondern erst bei der Zusammenwirkung beider Faktoren ist die Erscheinung der Bakteriolyse möglich. Obgleich das Blut der Cholerarekonvaleszenten spezifische bakterizide Körper ähnlich, wie das Blut der aktiv gegen Cholera immunisierten Tiere oder Menschen enthält, so ist doch zwischen den beiden ein bestimmter Unterschied bemerkbar. Es beträgt nämlich der Titre des Serums bei nicht geimpften Menschen durchschnittlich 0,6, bei mit lebendigen oder abgetöteten Kulturen immunisierten in 5—8 Tagen nach der Impfung = 0,001 bis 0,005; bei Menschen aber, welche Cholera überstanden haben, überschreitet der Titre des Serums niemals 0,01 cm³,

[12]) Zeitschr. f. Hygiene, 1900. XXXV. I. Vergl. Serkowski: Ueber Kryoskopie. 1901.
[13]) Niewospriimczіwost w infekcjonnych boliezniach, 1903, S. 230 ff.
[14]) Zentr. f. Bakteriol. I. 1905. Orig. Nr. 4, S. 456.
[15]) Münch. Med. Wochenschr. und Deut. Med. Wochenschr. 1896, Nr. 15.
[16]) Arch. f. Hygiene, B. 53, 3, S. 272.

oder nach künstlicher Immunisierung enthält das Serum sogar mehr bakterizide Substanzen als nach Ueberstehen der Cholera. Ausserdem beginnen bei Rekonvaleszenten die ersten spezifischen Aenderungen des Blutes gewöhnlich erst am 14.—20. Tage seit dem Anfang der Krankheit, erreichen ihr Maximum in der 4.—5. Woche und verschwinden dann schnell, so dass nach 2—3 Monaten keine spezifische Antikörper im Blute nachgewiesen werden können; dagegen erscheinen die letzteren bei der künstlichen Immunisierung bedeutend früher — am 5.—8. Tage und dauern von 6 bis 14 Monate. Blutbildende Organe sind die Bildungsstätte der Bakteriolysine, welche erst nach 5—8 Tagen von hier in die Säfte des ganzen Organismus übergehen (Pfeiffer und Marx[17]).

Im laufenden Jahre habe ich in meinem Laboratorium eine Reihe Bestimmungen des bakteriolytischen und Agglutinations-Titres bei Aerzten, Studenten und anderen Personen ausgeführt. Die erhaltenen Resultate sind interessant und bedeutsam, weil sie Hinweise betreffend die Dosierung, Menge, Zeit und Wahl der Vakzinen geben. Ich habe 7 Personen nach der Methode der freien Rezeptoren, die übrigen nach Kolle geimpft. Aus der Gesamtzahl der Geimpften habe ich bei 18 den Titre nach der 2. Impfung (die dritte fand wegen verschiedener Ursachen nicht statt), bei 4 nach der zweiten und dritten und bei 19 Personen in 5 Tagen nach der dritten Impfung bestimmt. Den bakteriolytischen Titre habe ich bei allen Vakzinierten nach obiger Tabelle bestimmt, ausserdem habe ich zur Kontrolle 8 Bakterizidiebestimmungen in vivo ausgeführt.

Tabelle II.

№ registr.	Methode.	Bakteriol. Titre vor der 1. Impfung	Bakteriolyt. Titre in 5 Tagen nach der 2. Impfung.
5 Faw.	Kolle	0,5—0,1	0,012
1 Si.	»	0,01	0,002
26 Sz.	»	> 0,02	0,0012
27 St. Pos.	»	0,06	0,002
28 Ol.	»	0,01	0,006
29 Ni.	»	0,06 - 0,1	0,0012
30 L. Ag.	»	0,01	0,0012
31 M-w	»	0,02	0,002
32 To	»	0,01	0,002
33 S-n	»	0,01	0,002
34 W-i	»	0,01—0,02	0,002
35 K-an	Neisser-Shiga	0,01	0,012
36 O	»	0,02	0,006
37 T. Ger.	»	0,06—0,1	0,002—0,006
38 A. Ger.	»	0,2	0,006
39 Sad.	»	0,1	0,0012—0,002
40 S. Awg.	»	> 0,1	0,002
41 Nosk.	»	0,01	0,002

[17]) Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankh., 1898, XXVII, 272.

Aus der obigen Tabelle sehen wir, dass es eigentlich keinen Unterschied zwischen der Kolle'schen Methode und der der freien Rezeptoren in den Resultaten giebt, in der Technik der Herstellung und Anwendung der Vakzinen selbst dagegen ein grosser Unterschied zu Ungunsten der Neisser-Shiga'schen Methode besteht.

Die folgende Tabelle zeigt das allmähliche Steigen des bakteriolytischen Titres nach der zweiten und dritten Impfung.

Tabelle III.

№ registr.	Methode	Bakteriolytischer Titre		
		vor der 1. Impfung	5 Tage nach d. 2. Impfung	5 Tage nach der 3. Impfung.
3 S-w	Kolle	0,02—0,06	0,0012	0,0004
7 Mrz	»	0,06	> 0,002	0,0004—0,00016
8 Bak.	»	0,01	0,002	0,0012
14 Kost.	»	> 0,1	0,006	0,006

Tabelle IV.

№ registr.	Dosierung der Vakzine in ccm. bei 1., 2. u. 3. Impfung	Bakteriolytischer Titre	
		vor der 1. Impfung	5 Tage nach der 3. Impfung.
2 N.	½—1—1½	0,02	0,0012
4 Sk.	½—1—1	> 0,1	0,0004
6 Gold.	½—1—1	0,1	0,01 !
9 Awg	½—1—1½	0,06—0,1	0,0012
10 K. S.	¾—1—1½	0,02	0,0004
11 Lih	½—1—1	0,01	0,0004—0,00016
12 Lew.	½—¾—1	0,02—0,06	0,0012
13 B.	½—1—1	0,02	0,002
15 Kol.	½—1—1½	> 0,1	> 0,002
16 Szer.	½—1—1½	0,06—0,1	0,0004
17 Ras.	½—1—1½	0,01	0,0004—0,0012
18 Ber.	½—1—1	0,01—0,02	0,0004—0,0012
19 Las.	½—1—1	0,01—0,02	0,0012
20 Wa.	½—1—1	0,01	0,0012
21 Mo.	½—1—1½	0,01	0,0004
22 Rap.	½—1—1½	0,01	0,0004—0,0012
23 L.	½—1—1	0,02	0,0012
24 A. G.	½—1—1	0,01	0,0012
25 Cyb.	½—1—1	0,06—0,1	0,0012

Tabelle V.

№ registr.	Bakteriolytischer Titre			Agglutinationstitre		
	vor der Impfung	5 Tage nach d. 2. Vakzinat.	5 Tage nach der 3. Vakzinat.	vor der Impfung	5 Tage nach der 2. Vakzinat.	5 Tage nach der dritten Vakzination.
1 Si.	0,01	0,002	—	1:10—	1:10—	—
2 N.	0,02	—	[0,0012	1:10—	—	1:80+
3 S-w.	0,02—0,06	0,0012	0,0004	1:10+	1:10+	1:80+
4 Sk.	> 0,1	—	0,0004	1:10—	—	1:160+
5 Jaw.	0,5—0,1	0,012	—	1:10+	1:80+	—
6 Gold.	0,1	—	0,01 !	1:10—	—	1:10±
7 Mrz.	0,06	> 0,002	0,0004—0,00016	1:10—	1:160+	1:160+
8 Bak.	0,01	0,002	0,0012	1:10+	1:80+	1:500+
9 Awg.	0,06—0,1	—	0,0012	1:15+	—	1:500+
10 K. S.	0,02	—	0,0004	1:10—	—	1:320+
11 Lik.	0,01	—	0,0004—0,00016	1:10—	—	1:180+
12 Lew.	0,02—0,06	—	0,0012	1:10—	—	1:160+
13 B.	0,02	—	0,002	1:10±	—	1:160+
14 Koss.	> 0,1	0,006	0,006	1:10—	1:10+	1:80+
15 Kol.	> 0,1	—	> 0,002	1:15—	—	1:160+
16 Szer.	0,06—0,1	—	0,0004	1:10—	—	1:500+
17 Kas.	0,01	—	0,0004—0,0012	1:10—	—	1:500+
18 Ber.	0,01—0,02	—	0,0004—0,0012	1:10—	—	1:500+
19 Las.	0,01—0,02	—	0,0012	1:10—	—	1:320+
20 Wa.	0,01	—	0,0012	1:10—	—	1:500+
21 Mo.	0,01	—	0,0004	1:10—	—	1:500+
22 Kap.	0,01	—	0,0004—0,0012	1:10+	—	1:500+
23 L.	0,02	—	0,0012	1:10±	—	1:500+
24 A. S.	0,01	—	0,002	1:10—	—	1:80+
25 Cyb.	0,06—0,1	—	0,0012	1:10—	—	1:500+
26 Sz.	> 0,02	0,0012	—	1:10—	1:160+	—
27 St. Pos.	0,06	0,002	—	1:10—	1:500+	—
28 Ol.	0,01	0,006	—	1:10—	1:80+	—
29 Ni.	0,06—0,1	0,0012	—	1:10±	1:500+	—
30 L. Ag.	0,01	0,0012	—	1:10—	1:80+	—
31 M-w	0,02	0,002	—	1:10—	1:250+	—
32 To.	0,01	0,002	—	1:10—	1:500+	—
33 Sn.	0,01	0,002	—	1:10—	1:320+	—
34 W-i	0,01—0,02	0,002	—	1:10+	1:80+	—
35 K-an	0,01	0,012	—	1:10—	1:320+	—
36 O.	0,02	0,006	—	1:10—	1:250+	—
37 T. Ser.	0,06—0,1	0,002—0,006	—	1:10—	1:80+	—
38 Sad.	0,01	0,0012—0,002	—	1:10—	1:250+	—
39 A. Ser.	0,02	0,006	—	1:10±	1:80+	—
40 S. Awg.	> 0,1	0,002	—	1:10—	1:500+	—
41 Nosk.	0,01	0,002	—	1:10—	1:500+	—

Die Steigerung des Wertes des Titres war überhaupt sehr bedeutend, Kost. ausgenommen, bei dem der Titre 0,006 nach der zweiten, auch nach der dritten Impfung ohne Aenderung blieb. Hier muss man jedoch bemerken, dass der Titre vielleicht grösser wäre, wenn das Blut nicht nach 5, sondern nach 10 Tagen genommen wäre, und dass die 5-tägige Frist kein Endtermin des grössten Wachstums der Immun-Körper ist; in meinen Untersuchungen aber wollte ich stets das Blut in gleichen Zeitabschnitten titrieren. In weiterer Reihe von Untersuchungen wurde der Titre vor der ersten und nach der letzten, d. h. dritten Vakzination mit Berücksichtigung der Dosis der Vakzine bestimmt; sämmtliche folgenden habe ich nach Kolle'scher Methode ausgeführt. (Tabelle IV).

Ueberhaupt stieg der bakteriolytische Titre nach der zweiten Impfung 10 bis 15mal, nach der 3. 20 bis 25mal im Vergleich mit der bakteriziden Kraft des Blutes vor der ersten Impfung. Eine Ausnahme bildete der Koll. Gold. aus Ozorkow, bei dem ich nach der dritten Vakzination den Titre von nur 0,01 festgestellt habe; infolgedessen hat derselbe, nachdem er von mir von solchem Resultat benachrichtigt wurde, sich selbst die Vakzine in einer Menge von $2^1/_2$ cm^3 einverleibt, jedoch das Blut zur wiederholten Untersuchung mir nicht zugeschickt.

Es besteht ein direktes Verhältnis zwischen dem Immunisierungsvermögen und der Dosis; die dreimaligen Impfungen haben also einen Vorzug vor den zweimaligen nicht nur durch die Erreichung eines höheren Titres, sondern auch — was gleich wichtig ist — durch die Möglichkeit, eine kleine Dose bei der ersten Impfung anzuwenden, infolgedessen der Organismus sogar nach 1 und 2 cm^3 nicht so stark reagiert, wie es bei der Einverleibung einer gleich grossen Dosis stattfindet.

Gleichzeitig mit der Untersuchung der Bakterizidität habe ich in allen Fällen den Agglutinationssitz vor der Impfung und im Verlauf der Immunisierung bestimmt, was ich in folgender Zusammenstellung (Tabelle V) darstelle.

(Schluss folgt.)

Bücheranzeigen und Besprechungen.

K. Faber: Beiträge zur Pathologie der Verdauungsorgane. Berlin 1905. Verlag von S. Karger.

Das vorliegende Werk, das neben Faber auch Bloch zum Verfasser hat und aus der medizinischen Klinik in Kopenhagen stammt, behandelt neben der normalen und pathologischen Anatomie der Verdauungsorgane hauptsächlich die anatomischen Verhältnisse des Darms bei perniziöser Anämie, der Pädatrophie und der Tropendiarrhoe. Bei diesen Affektionen herrschte allgemein die Auffassung, dass es sich hier um atrophische Zustände im Darm handelt. Dagegen opponiert F., der diese Auffassung als eine irrtümliche ansieht und auf die Untersuchungsfehler aufmerksam macht. Der Darm, auf welchen postmortale Prozesse eingewirkt haben, ist dilatiert und luftgefüllt, daher die Falten ausgeglättet, mikroskopisch die Schleimhaut zu einer dünnen, flachen Drüsenschicht ausgebildet, das Oberflächenepithel aufgelöst. Bei ähnlichen Befunden hat man oft von Drüsenatrophie gesprochen, während hier manches auf postmortale Veränderungen zu schieben ist. In ihren Untersuchungen haben F. und B. gleich nach erfolgtem Tode $^1/_2$ Liter 10 pCtiger Formallösung in die Bauchhöhle injiziert und dadurch die unvermeidlichen Leichenerscheinungen zu paralysieren gesucht. Dadurch gelang es Verf., den Darm in wohlkonserviertem Zustande zu erhalten; alle Schichten der Darmwandung färbten sich leicht und distinkt. Zwei Fälle von perniziöser Anämie zeigten, dass sich keine Spur von Darmatrophie fand. Bei der akuten und chronischen Gastroenteritis handelt es sich um eine Entzündung der Darmschleimheit, am stärksten um die Ileocoekalklappe herum. Die Untersuchung dreier Fälle von Atrophie und Catarrhus gastro-intestinalis chron. bei Kindern zeigte, dass die sogenannte Darmatrophie nur auf Ausdehnung und Verwesung zurückzuführen ist. Es gibt Fälle von Säuglingsatrophie ohne grössere Veränderungen der Verdauungsorgane. Zum Schluss wird die Appendicitis obliterans besprochen.

Lingen.

Bericht über die wissenschaftliche Tätigkeit des Vereins St. Petersburger Aerzte für das Jahr 1905.

Zusammengestellt vom Sekretär

O. Moritz.

Während des Jahres 1905 hielt der Verein 14 wissenschaftliche Sitzungen ab, in welchen von 21. Mitgliedern und 2 Gästen 25 wissenschaftliche Mitteilungen gemacht, 3 Patienten vorgestellt und verschiedene Apparate, makro- und mikroskopische Präparate demonstriert wurden.

Die Vorträge und Mitteilungen verteilen sich folgendermassen auf die einzelnen Disziplinen:

Allgemeine und spezielle Pathologie.

Hörschelmann: Demonstration einer Patientin mit accessorischer Milchdrüse (772. Sitz.)

Schmitz: Ueber Verbreitungswege der Tuberkulose im menschlichen Körper. (767. Sitz.)

Bakteriologie und Serumforschung.

A. Feldt: Ueber moderne Methoden der Tuberkulin-Anwendung. (772. Sitz.)

Lunin: Ueber das Typhusdiagnostikum von Ficker. (780. Sitz.)

O. Moritz: Ein Spirochätenbefund bei schwerer Anämie und karzinomatöser Lymphangitis. (778. Sitz.)

Prof. Petersen: Ueber Spirochaeta pallida. (777. Sitz.)

Wladimiroff: Neueste Ergebnisse der Choleraforschung. (772. Sitz.)

Derselbe: Tuberkulinbehandlung bei Rindern. (772. Sitz.)

Innere Medizin.

Albanus: Ueber das Offenbleiben des Ductus Botalli. (775. Sitz.)

O. Moritz: Zur Kenntnis der Eiweisskörper im nephritischen Urin. (769. Sitz.)

Westphalen: Ueber Resorption im Darm. (779. Sitz.)

Nervenkrankheiten.

Kallmeyer: Demonstration eines Falles von Akromegalie. (775. Sitz.)

Mas ng: Ueber eine seltene Sprachstörung. (770. Sitz.)

Chirurgie.

Fick: Zur Kasuistik der Perforationen des Ulcus ventriculi et duodeni. (771. Sitz.)

Heuking: Kriegschirurgische Erfahrungen, (773. Sitz.)

Geburtshülfe und Gynäkologie.

Dobbert: Ueber operative Myomtherapie. (768. Sitz.)

Küttner: Ueber Pubotomie. (770. Sitz.)

Lingen: Ueber Beziehungen zwischen Uterusmyom und Herz. (776. Sitz.)

Augenkrankheiten.

Blessig und Höhlein (als Gast): Ueber einen Fall von Akromegalie mit einseitiger Erblindung durch Sehnervenatrophie. (776. Sitz.)

Nasen-, Rachen- und Ohrenkrankheiten.

Hellat: Demonstration eines Falles von Wolfsrachen. (779. Sitz.)

Neumann: Zur Behandlung der Ohreneiterungen. (780. Sitz.)

Diversa.

Germann: Ueber Seereisen zu Kurzwecken und die Seekrankheit. (779. Sitz.)

Kallmeyer: Reiseeindrücke aus deutschen und österreichischen Kurorten. (777. Sitz.)

Nissen: Gerichtliche Expertise in einem Fall von Anklage auf Kindsmord durch Vergiftung. (778. Sitz.)

Cand. chem. Wulff (als Gast): Ueber Milchkonservierung auf physiologischer Grundlage. (778. Sitz.)

Zum Besten notleidender baltischer Kollegen

sind uns ferner zugegangen von:

Dr. L. Berthenson 15 Rbl., Dr. Adolphi (Mandshuria) 25, Dr. Rücker 15, Dr. v. Renteln 25.

Im ganzen bisher 680 Rbl. (davon 600 Rbl. der Livl. Abteil. d. St. Pet. Vereins zu gegenseit. Hilfe überwiesen).

D. Red.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— In diesen Tagen vollenden sich 25 Jahre der ärztlichen und wissenschaftlichen Tätigkeit des Professors der Chirurgie und Direktors der chirurgischen Fakultätsklinik der Universität Kasan, Dr. W. J. Rasumowski. Zum Jubiläumstage beabsichtigt, wie der «R. Wr.» erfährt, die Redaktion des «Russischen chirurgischen Archivs», zu dessen Mitarbeitern Prof. Rasumowski schon längere Zeit gehört, ein Jubiläumsheft herauszugeben, welches ausschliesslich Arbeiten der Schüler und Verehrer des Jubilars enthalten wird.

— Von dem soeben geschlossenen II. Röntgen-Kongresse, über den wir heute an anderer Stelle berichten, wurden auf Vorschlag des Ausschusses die Professoren E. v. Bergmann (Berlin) und v. Röntgen (München) zu Ehrenmitgliedern der deutschen Röntgen-Gesellschaft gewählt.

— Dem Obermedizinalinspektor Dr. W. v. Anrep und dem beratenden Mitgliede des Medizinalrats, Prof. emer. Dr. Benjamin Tarnowski, ist der Weisse Adlerorden Allerhöchst verliehen worden.

— Dem Mitgliede des Konseils des Handelsministers und des gelehrten Montankomitees, beständigem Mitgliede des Medizinalrats, Leibmedikus Dr. Leo Berthenson, ist der St. Wladimirorden II. Klasse verliehen worden.

— Der Oberarzt der St. Petersburger Gemeinschaft barmherziger Schwestern zur Kreuzeserhöhung und Mitglied des Kuratoriums der Maximilian-Heilanstalt Dr. Wladimir Rajew und der Arzt bei der Direktion der Kaiserlichen Theater Dr. Ludwig Brunner sind zu Ehren-Leibmedicis ernannt worden, unter Belassung in den von ihnen bekleideten Aemtern.

— Der Feld-Militär-Medizinalinspektor der III. Mandschurischen Armee und Bezirks-Militär-Medizinalinspektor des Odessaer Militärbezirks Dr. Jewdokimow ist seiner erstgenannten Stellung enthoben worden.

— Zu Mitgliedern der Reichsduma sind gewählt worden: in Rybinsk — der Arzt des Ministeriums der Wegekommunikation Dr. W. J. Stroganow, in Kostroma — der dortige Arzt Dr. Sachar Fränkel und seitens des Petersburger Gouvernements — der Landschaftsarzt des Zarsko-Sseloschen Kreises Dr. Nikolai Kolpakow.

Nekrologe:

Verstorben sind: 1) Am 26. März in Warschau der Ordinator des dortigen Ujasdowschen Militärhospitals, Dr. Alfred v. Hintzen, im 53. Lebensjahre am Herzschlage. Der Hingeschiedene stammte aus Kurland und hatte seine medizinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1873—81 studierte. Schon als Student war er im türkischen Kriege 1877/78 als Assistenzarzt an einem Hospital im Kaukasus tätig. Nach Erlangung des Arztgrades i. J. 1881 setzte er seine Studien in Wien fort und war dann nach seiner Rückkehr in die Heimat successive Kirchspielsarzt zu Zabeln in Kurland, 1886—87 Arzt am Findelhause in Moskau, kurze Zeit Arzt in Pjatigorsk, dann Arzt in Dünaburg und Polizeiarzt in Griewa-Semgallen und zuletzt Ordinator am Ujasdowhospital in Warschau. 2) In Warschau der freipraktizierende Arzt Nestor Buzewitsch im 72. Lebensjahre nach fast 45-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 3) In Bendin (Gouv. Petrikau) der praktische Arzt Hirsch Friede im Alter von 47 Jahren am Flecktyphus. Die ärztliche Praxis hat F. seit 1884 ausgeübt. 4) Am 11. April n. St. in Czernowitz der hervorragende Gynäkologe Prof. Dr. Ludwig Kleinwächter im Alter von 66 Jahren. Der Verstorbene hatte seine medizinischen Studien an der Prager Universität gemacht, an welcher er auch ausserordentlicher Professor der Geburtshülfe wurde. Im Jahre 1878 wurde Kleinwächter an die Universität Innsbruck auf den Lehrstuhl der Geburtshülfe und Gynäkologie berufen, sah sich aber schon nach drei Jahren, durch klerikale Einflüsse in seiner wissenschaftlichen Tätigkeit behindert, veranlasst, seine Stellung aufzugeben und nach Czernowitz überzusiedeln, wo er bis an sein Lebensende als Professor in Disposition wissenschaftlich und als praktischer Arzt tätig war. Eine Wiederanstellung im Lehrfach konnte Kleinwächter, der am massgebenden Orte als Atheist und Freigeist angeschwärzt war, nicht erreichen. Aus seiner Feder stammt eine ganze Reihe gynäkologischer Arbeiten.

— Wie wir kurz vor Schluss der Redaktion erfahren, verschied hierselbst am 5. April nach schwerem Leiden der Nestor der hiesigen Aerzte Dr. Eduard Klevesahl im 92. Lebensjahre. Die Venia practicandi hatte der Hingeschiedene im Jahre 1838, also vor fast 68 Jahren, erlangt. Einen ausführlicheren Nekrolog bringen wir demnächst.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Zum ordentlichen Professor der Chirurgie und Direktor der chirurgischen Klinik der Dorpater Universität ist, an Stelle des Professors Dr. Wilhelm Koch, welcher bekanntlich nach Ausdienung der Jahre pensioniert wurde, der bereits an dieser Universität auf dem Lehrstuhl der Hospitalchirurgie wirkende Professor Dr. Werner Zoege von Manteuffel gewählt worden. Zum Konkurse behufs Besetzung des vakanten Lehrstuhls hatte sich auch der Direktor der Warschauer chirurgischen Fakultätsklinik, Prof. Dr. M. Kusnezow, gemeldet, jedoch seine Kandidatur noch vor der Wahl zurückgezogen.

— Zur Sprachenfrage an der Dorpater Universität. In einer der letzten Sitzungen des Konseils der Universität wurde, der «Nordl. Ztg.» zufolge, von einem Konseilmitgliede der Antrag gestellt, prinzipiell zu beschliessen: dass fortan in allen Fakultäten Vorlesungen in deutscher, estnischer und lettischer Sprache zuzulassen seien und dass Parallel-Professuren in diesen Sprachen für den Fall, dass staatliche Mittel für solche Professuren nicht zu erlangen seien, mit Hülfe von privaten Mitteln sollten unterhalten werden dürfen. Nach längeren Debatten wurde der Antragsteller Prof. Grabar beauftragt, seine Vorschläge mit einer ausführlicheren Motivierung und in genauer Fassung nochmals dem Konseil vorzulegen.

— Das Ministerium der Volksaufklärung hat den Universitäten gestattet, Absolventen von Realschulen unter der Bedingung eines Ergänzungsexamens im Lateinischen in die Zahl der Studierenden aufzunehmen.

— Vom Konseil der Universität Kasan ist mit Stimmenmehrheit anerkannt worden, dass es unmöglich sei, die Universität im laufenden Semester wieder zu eröffnen. Ferner beschloss der Konseil die Arbeiten in den Universitäts-Hülfsinstitutionen zuzulassen und den Termin für die Einzahlung der Kollegiengelder bis zum ersten Juli zu verlängern, wobei Teilzahlungen gestattet sind. Zugleich wurde beschlossen, beim Minister zu petitionieren, dass an Stelle der bisherigen 15 Prozent — 30 Prozent von der Zahlung der Kollegiengelder befreit würden. Seminaristen sollen nach einer Ergänzungsprüfung in einigen Fächern in alle Fakultäten, ausgenommen die juristische, aufgenommen werden. — Das Konseil der Moskauer Universität hat dagegen den Beschluss gefasst, die Vorlesungen

und wissenschaftlichen Beschäftigungen in der Universität nach den Osterfeiertagen zu eröffnen.

— Der Direktor des hygienischen Instituts in Posen und Rektor der Akademie daselbst, Prof. Dr. Wernicke, hat einen Ruf an das Kais. Gesundheitsamt in Berlin erhalten, jedoch abgelehnt.

— Dr. Friedrich Bezold, bisher ausserordentlicher Professor der Ohrenheilkunde an der Universität München, ist zum ordentlichen Professor ernannt worden. Es ist dies, wie die «Poss. Ztg.» erwähnt, wegen des Lehrfaches bemerkenswert. Für Ohrenheilkunde gab es nämlich bisher an den Universitäten im Deutschen Reiche nur an einer, in Rostock, eine ordentliche Professur.

Standesangelegenheiten.

— Der auch von uns in mehreren früheren Nummern der med. Wochenschrift besprochene Konflikt der Aerzte der Moskauer Kreislandschaft mit dem Vorsitzenden des Kreislandschaftsamtes ist endlich beigelegt worden. Nach einer Beratung der Landschaftsärzte mit einigen Deputierten der Landschaft erklärten die Aerzte die von dem Vorsitzenden des Landschaftsamtes vorgeschlagenen Bedingungen zur Beseitigung der Missverständnisse für annehmbar und beschlossen, den Dienst in der Landschaft fortzusetzen. Dementsprechend haben bereits die meisten Aerzte und auch das Dienstpersonal ihre Dienstkündigungen zurückgenommen. Die infolge von Verhaftungen oder auf administrative Verfügung erfolgten Dienstentlassungen vakant gewordenen Landschaftsarztstellen im Kreise sollen durch temporäre Aerzte nach Wahl des Kreissanitätskonseils besetzt werden.

— Die Verhaftungen und Dienstentlassungen von Aerzten wegen Beteiligung an politischen Umtrieben dauern noch fort. So ist in letzter Zeit der Professor der Chirurgie an der Odessaer Universität Dr. N. Lyssenkow dem Kriegsgericht übergeben worden unter Anschuldigung der Aufreizung zu bewaffnetem Widerstande. — In Sesswegen (Kreis Wenden in Livland) ist der Kirchspielsarzt Joh. Kundsin verhaftet worden. — Der Oberarzt des Stadthospitals in Sotschi, Dr. A. Gordon, welcher während des bewaffneten Aufstandes im Schwarzmeer-Küstengebiet verhaftet wurde, ist jetzt angeklagt worden, an dem Aufstande teilgenommen zu haben. — In Bui (Gouv. Kostroma) ist der Kreisarzt A. Fessenko, der von der Stadt Bui zum Wahlmann für die Gouvernements-Wahlversammlung gewählt war, wegen politischer Unzuverlässigkeit aus dem Dienst entlassen worden.

— Vom Landgericht in München wurde ein Arzt zu 100 Mk. Geldstrafe und Tragung der Gerichtskosten verurteilt, weil er einen Bluterguss in die Bursa praepatellaris ohne Antisepsis inzidiert und die sich anschliessende Phlegmone mit kleinen Inzisionen und mangelhafter Antisepsis behandelt hatte, so dass der Patient in Lebensgefahr geriet, aus welcher er nur durch Weiterbehandlung eines andern Arztes gerettet werden konnte.

— Die wenig günstigen Aeusserungen über das Frauenstudium, die der österreichische Minister Baron Bienerth jüngst getan hat, haben in Oesterreich grosses Aufsehen erregt. Nun kommt noch von ärztlicher Seite eine Aeusserung dazu, die die bisherigen Erfahrungen auf dem Gebiete des Frauenstudiums noch ungünstiger erscheinen lässt. Der bekannte Wiener Gynäkologe, Professor Dr. Friedrich Schauta, stellvertretender Vorsitzender des Vereines für erweiterte Frauenbildung, findet nämlich die Ansicht des Barons Bienerth zum Teile gerechtfertigt. «Die Früchte, die gezeitigt wurden», sagt Prof. Schauta, «stehen in keinem Verhältnisse zu den Mühen und Arbeiten, die dafür aufgewendet wurden. Das Gymnasialstudium der Mädchen, wenn ihm auch nicht weitere Ausbildung folgt, ist im Interesse der Familie nur zu fördern. Aber das Fachstudium der Frauen, besonders in der Heilkunde, hat Enttäuschungen gebracht, wenn auch Erfahrungen von wenigen Jahren zu einem abschliessenden Urteil nicht genügen. In Wien üben nur zwei Damen die Praxis aus, und eine von ihnen ist Kassenärztin. Auch die Ansicht, dass weibliche Frauen- und Kinderärzte gesuchter sein würden, als männliche, scheint sich als falsch zu erweisen. Die meisten Aerztinnen finden ihr Ziel in der Ehe. Zur Ehelosigkeit kann man die jungen Damen natürlich nicht anhalten, allein der medizinische Beruf verlangt Fortbildung, und das ist für eine Frau in der Ehe fast unmöglich. Auch unsere gesellschaftlichen Verhältnisse sind schuld an der Erfolglosigkeit des Frauenstudiums. Ich hatte auf meiner Klinik eine Dame als Operationszögling, die zu den schönsten Hoffnungen berechtigte. Sie heiratete nach ihrer Promotion einen Offizier, und nun sagte man ihr, es gehe nicht an, dass die Frau eines Offiziers den ärztlichen Beruf ausübe. Wir wollen auf der einen Seite zeitgemässen Fortschritt und stecken auf der anderen Seite noch im Mittelalter. Ich glaube trotzdem nicht, dass die Worte des Ministers die Frauenbewegung aufhalten werden».

Aehnliche Erfahrungen, dass die Aerztinnen gerade aus Frauenkreisen keinen besonderen Zuspruch haben, hat man auch schon in Deutschland gemacht. Die Kassen des Gastwirtsverbandes haben Kassenärztinnen eingestellt, um den vielen weiblichen Hilfskräften, die im Gastwirtsgewerbe beschäftigt werden, entgegenzukommen. Aber die Massregel hat sich nicht bewährt, da die Aerztinnen lange nicht entsprechend in Anspruch genommen werden.

Kongressnachrichten.

— In Astrachan ist eine sanitärische Gesellschaft ins Leben getreten, welche zu ihrem Präses — den Stadtarzt Dr. Michael Myschkin und zum Vizepräses — Dr. M. Romanow gewählt hat.

— Der II. Kongress der Deutschen Röntgen-Gesellschaft tagte am 2. April n. St. im Langenbeck-Hause zu Berlin unter dem Vorsitz des Direktors der chirurgischen Klinik der Berliner tierärztlichen Hochschule, Prof. Eberlein. Es waren etwa 350 Aerzte, Physiker und Techniker aus Deutschland und dem Auslande eingetroffen. Der Vorsitzende begrüsste mit kurzen Worten die Mitglieder und wies dann auf die stetig wachsende Bedeutung der Röntgenstrahlen für Wissenschaft und Technik, zugleich aber auch darauf hin, dass den Röntgenstrahlen — wie bereits auf dem vorigjährigen Kongress von verschiedenen Rednern betont worden sei — manche Nachteile anhaften. Diese zeigen sich in einer sog. «Spätwirkung», so dass die später erst auf das anscheinend gesunde Gewebe gesetzten Strahlen die nachteilige Wirkung der früheren Bestrahlung nur verstärken. Es sind im Laufe der letzten Jahre zwar Methoden angegeben worden, mit denen es möglich war, einen gewissen Schutz gegen die nachteiligen Wirkungen der Röntgenstrahlen zu bieten (z. B. Messinstrumente), doch sind bis jetzt noch nicht das erforderliche Quantum und auch die erforderliche Qualität der Röntgenstrahlen bei der Untersuchung festgestellt worden, um die schädlichen Folgen der Strahlen beseitigen zu können. Dr. Stegmann (Wien) meinte, es komme bei der Frage der Schädlichkeit der Röntgenbestrahlung ganz und gar auf die individuelle Beschaffenheit der zu Untersuchenden an; er sei der Ansicht, dass, wenn es gelinge, die anzuwendenden Dosen genau festzustellen, die Schwierigkeiten für den Therapeuten von neuem beginnen werden. — Die Vorträge behandelten vorzugsweise Fragen physikalischen und technischen Inhalts und wandten sich fast ausschliesslich an Fachinteressenten. Reiche Anerkennung fanden plastisch wirkende Röntgenbilder, die Dr. Alexander Bela (aus Kesmark in Ungarn) vorführte, doch hält er seine Herstellungsmethode fürs erste noch geheim. — Zum Vorsitzenden für den nächstjährigen Kongress in Berlin wurde Dr. Albers-Schönberg (Hamburg), zum Stellvertreter Prof. Eberlein (Berlin) gewählt. Für die nächsten 5 Jahre wurden zu Schriftführern Dr. Max Immelmann (Berlin) und Dr. Köhler (Wiesbaden ernannt.

— Die diesjährige Wanderversammlung der südwest-deutschen Neurologen und Irrenärzte wird am 13./26. und 14./27. Mai in Baden-Baden tagen.

— Die königliche ungarische Regierung beauftragte die ungarischen Delegierten dem XV. internationalen medizinischen Kongress in Lissabon eine Einladung zu übermitteln, den XVI. Kongress im Jahre 1909 in Budapest abzuhalten. — Zur Deckung der Ausgaben hat die ungarische Regierung 100,000 Kronen bewilligt, dieselbe Summe hat die Stadtverordneten-Versammlung der Haupt und Residenzstadt Budapest votiert. — Die Einladung wird der Präsident des ungarischen Komitees Ministerialrat Dr. Ludwig von Toth vorlegen.

Verschiedene Mitteilungen.

— Am 5. April fand hier die feierliche Einweihung des neuerbauten pathologisch-anatomischen Laboratoriums des Klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna in Gegenwart des Protektors des Instituts, des Herzogs Georg von Mecklenburg, des Ministers der Volksaufklärung, sowie zahlreicher Professoren und Aerzte statt. Das neue Gebäude enthält eine Anzahl zweckentsprechender, mit den notwendigen Apparaten, Instrumenten und allen Hülfsmitteln versehener Räume für die klinischen Spezialwissenschaften sowie Auditorien.

— Eine Konferenz des Roten Kreuzes in der ersten Hälfte des Juni einzuberufen, wird von der schweizerischen Regierung geplant. Sie soll ihre Arbeiten vor dem Zusammentritt der von Russland proponierten Friedenskonferenz im Haag beendigen, damit letztere sich deren Beschlüsse bei der Beratung der Behandlung von Kranken, Verwundeten und Gefangenen zunutze machen kann.

— Der russische Adel bestimmte den verbliebenen Rest von 300,000 Rbl., der von den im Fernen Osten durch den Adel unterhaltenen Hospitälern nachgeblieben, zur Bildung eines Spezialfonds, welcher nur im Kriegsfalle und zwar für die Kranken und Verwundeten Verwendung finden soll.

— Baltische Studenten auf deutschen Hochschulen. Um Hülfsbedürftigen baltischen Studenten im kommenden Sommersemester, wo die Dorpater Universität noch weiter geschlossen bleiben wird, das Studium an deutschen Universitäten zu erleichtern, hat das preussische Kultusministerium sich bereit erklärt, 60 an den Universitäten Greifswald, Königsberg und Berlin studierenden Balten Kollegiengelderzuschüsse in der Höhe von 75 Mark auf den Kopf zu gewähren. Es wird dieses freundliche Anerbieten wohl auch vielen baltischen Medizinstudierenden zugute kommen.

— Neue Bestimmungen für Apotheken. Der Minister des Innern hat eine neue Fassung der §§ 1 und 2 der Regeln für die Eröffnung von Apotheken in den Städten und auf dem Lande bestätigt. Nach derselben wird zur Vermeidung einer übermässigen Konkurrenz die Zahl der Apotheken in der Weise normiert werden, dass in den Gouvernementsstädten auf je 10,000 Bewohner und in den Kreisstädten auf je 7000 Bewohner eine Apotheke entfällt. Für die Eröffnung von Apotheken in Flecken und Dörfern soll die Entfernung massgebend sein, indem der räumliche Abstand einer Apotheke von der andern nicht unter 15 Werst betragen darf. In den Fällen, wo die rasche Beschaffung von Medikamenten durch besondere Umstände (Hochwasser der Flüsse, Unpassierbarkeit der Wege u. s. w.) erschwert ist, können als Ausnahme von den erwähnten Regeln, temporäre Apotheken eröffnet werden, welche nach Beseitigung jener Umstände wieder zu schliessen sind. In grösseren Flecken können Filialapotheken unter Leitung eines Apothekergehilfen und unter Aufsicht und Verantwortung des Besitzers der Normalapotheke eingerichtet werden. Die neuen Bestimmungen sollten bereits am 1. April dieses Jahres in Kraft treten.

— Prof. Dr. v. Bramann (Halle) demonstrierte auf dem letzten Chirurgenkongresse einen aus dem Magen eines 16-jährigen blonden Mädchens entfernten, den Magen voll ausfüllenden, schwarzen Haarbüschel vor. Das Mädchen hatte die Gewohnheit, welche auch sonst schon Chirurgen zu schaffen gemacht hat, seine Haarspitzen abzubeissen und zu verschlucken. Die merkwürdige Farbenveränderung war vermutlich unter dem Einfluss des wegen «Blutarmut» gereichten Eisens entstanden. Sodann machte er Mitteilung über die Entfernung einer sieben Zentimeter langen Stopfnadel aus dem Zwölffingerdarm.

Bf.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, den 11. April 1906.

Tagesordnung: Diskussion über Wanach's Vortrag vom 21. März.

Heuking: Zur Behandlung der Spondylitis tuberculosa (mit Demonstration von Kranken und Apparaten).

Schiele: Die Bedeutung der Cystoskopie bei Nierenkrankheiten.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 10. April 1906.

MARIENBAD Weltkurort
(Böhmen)

628 Meter, subalpines Klima. 80 Kilometer Spazierwege im Hochwald.

Saison 1. Mai bis 30. September.

Drei grosse Bade-Anstalten.

Indikationen bekannt.

28.000 Kurgäste. — 75.000 Touristen. (44) 3—2.

Prospekte gratis vom **Bürgermeisteramt.**

BAD HALL (Oberösterreich).
Jodbrombad I. Ranges.
Aelteste und heilkräftigste Jodquelle in Europa.

Gegen Frauenkrankheiten, Exsudate, chronische Entzündungen, Scrophulose, Syphilis erworbener oder ererbter Natur und deren Folgekrankheiten, Gicht, Rheumatismus etc. etc.

Modernste Kurbehelfe. Auskünfte erteilt

(50) 6—1. die Badeverwaltung.

ARENSBURG.
Insel Oesel, Gouvernement Livland.
Schlammbadeanstalt Weise, gegr. 1840.
Saison v. 20. Mai bis 20. August.

Auskünfte und Prospekte gratis durch die Aerzte der Anstalt: Direktor wirkl. Staatsrat **Dr. R. Bursian**, St. Petersburg, Troitzki, № 29, und Stadtarzt **Dr. R. Meywald**, Arensburg, und durch die Anstalt. (42) 2—2.

ANSTALT FÜR WARME BAEDER
VICHY
(5) 17—17.

Eigenthum der Französischen Regierung.

BADE-SAISON.

In der Anstalt VICHY, der besteingerichteten in ganz Europa, sind vorhanden Bäder und Douchen zur Heilung von Magen-, Leber-, Harnblasen-, Harnsalz-, Podagra und anderen Krankheiten.

Täglich vom 15. Mai bis zum 30. September Theater und Concerte im Casino. Musik im Park. Lesecabinetts. Gastzimmer für Damen, Spiel-, Sprechsäle und Billards. Alle Eisenbahnlinien sind mit VICHY verbunden. Frankreich, Departement Allier.



Das Operations- u. Untersuchungs-Sofa
№ 135

ist das Vollkommenste was es in diesem Genre gibt. Es vereinigt Sofa, Tisch u. Stuhl und gleicht ausser Gebrauch einem gewöhnlichen Divan. Jetzt bei 500 deutschen Aerzten im Gebrauch. Es lässt sich durch Zug mit der Hand in 20 verschiedene Stellungen bis zur Tischhöhe bringen und wird je nach Bedarf mit Hilfsapparaten ausgestattet, die im Sofa untergebracht sind.

Preis mit stellbarer Rückenlehne für gynäkolog. Untersuchung (Bezug Ledertuch in beliebiger Farbe) M. 85.—, ausziehbare Fussstützen M. 12. —, Kniestützen M. 10.—, Spülbecken M. 6.—, stellbarer Sitz M. 9.—, stellbarer Kopfteil M. 10.—, Fransen M. 10.—.

Medizinische Fabrik, Berlin SO., Neanderstr. 3.

Das erste Moorbad der Welt
FRANZENSBAD
besitzt die stärksten Stahlquellen, leichtverdauliche Eisensäuerlinge, alkalische Glaubersalzwässer, Lithionsäuerlinge.

Natürliche kohlensäurereichste Stahl-, Mineral-, Sool- und Strombäder, heilkräftige Moorbäder, Dampf-, Heissluft-, elektrische Wannen- und Lichtbäder, mediko-mechanisches Institut. Inhalatorium.

Oesterreichs hervorragendstes Herzheilbad.

Bewährt bei: Blutarmut, Bleichsucht, Rheumatismus, Gicht, Nervenkrankheiten, Frauenkrankheiten, Herzkrankheiten.

Saison Mai bis September. Prospekte gratis. (38) 12—3.



Augen-Seife
Handelshaus «**A. M. Shukoff**»

St. Petersburg.

Beste Seife zur Pflege der Augen und des Gesichts.

Haupt-Niederlage bei: A. F. Seeberg,

St. Petersburg, Греческій просп. 15.

Erhältlich in allen Apothekerwaarenhandlungen.

Dr. Schuster,
praktischer Arzt und Inhaber eines **Kurhauses.**

(Indiv. kurgem. Diät.)

BAD NAUHEIM.

Adressen von Krankenpflegerinnen: Schwester **Hedwig Breyer** (zu erfragen bei **Dr. Bursian**: Троицкая 29 oder bei Frl. Kern: Конногвардейскій бульваръ 17, кв. 12).

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersb., Petb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 15 St. Petersburg, den 15. (28.) April. **1906.**

Von jetzt an nehme ich meine Tätigkeit als geschäftsführender Redakteur dieser Wochenschrift wieder auf.

In allen Angelegenheiten, welche die Hilfsaktion für die notleidenden Kollegen in den baltischen Provinzen betreffen, bitte ich, sich auch in Zukunft an Herrn Dr. E. Blessig (St. Petersb., Wassili-Ostrow, 4. Linie 5) zu wenden.

Meine jetzige Adresse: St. Petersburg, Petersburger Seite, Alexandrowski Prospekt № 6.

Sprechstunden: Dienstag, Donnerstag und Sonnabend von 5—6.

Dr. Rudolf Wanach.

Der XVIII. Aerztetag der Gesellschaft Livländischer Aerzte

findet vom 20. bis zum 22. August a. c. in Wolmar statt. Kollegen, welche Vorträge zu halten wünschen, werden gebeten, dieselben spätestens bis zum 1. Juli c. beim Unterzeichneten anzumelden und die Manuskripte in druckfertigem Zustande zum Aerztetage mitzubringen.

Dr. C. Ströhmberg,
d. Z. Präses d. Gesellsch. Livl. Aerzte.
Dorpat, Carlowa Str. 6.

Aus dem Lodzer städtischen sanitären Laboratorium.

Aktive Immunisierung gegen die Cholera.

Von
Dr. Stanislaw Serkowski,
Direktor des Laboratoriums.

(Schluss.)

Aus der obigen Zusammenstellung kann man schliessen, dass es ein gerades Verhältnis weder zwischen der Dosis der Vakzine und dem Agglutinationstitre, noch zwischen dem letzteren und dem bakteriolytischen Titre giebt und dass sogar die Zahl der Vakzinationen sich nicht in einem genauen Zusammenhang mit dem Agglutinationsvermögen des Blutes befindet.

Ausser den oben angeführten 41 Impfungen mit der Bestimmung der Bakteriolysine und Agglutinine, habe ich bis zum 1. Oktober d. J. 312 dreimalige anticholerische Impfungen nach Kolle, bei denen mir meine Mitarbeiter Kollege J. Grabowski und die Studenten: K. Gloger, W. Kohn und B. Czaplicki beständig behilflich waren, ausgeführt. Die 14 vermögenderen Personen ausgenommen, wurden die übrigen gratis vakziniert. Wir notieren den Namen, die Adresse, das Alter, Gewicht, Beschäftigung und Stand einer jeden zu immunisierenden Person, ob eine oder auch einige Personen in derselben Familie vakziniert wurden, die lokale und allgemeine Reaktion, die Dosierung; das ganze Verzeichnis aller Vakzinierten anzuführen halte ich für zwecklos. Nicht ein Mal habe ich ernsthafte schädliche Einflüsse beobachtet; die Reaktion war überwiegend lokal, seltener in schwachem Grade allgemein. In einem einzigen Fall (Koll. M.) hatte sich den Morgen darauf nach der 1. Vakzination (1/2 ccm Kolle) 39° Temperatur und starke Diarrhoe eingestellt, nach einer näheren Untersuchung aber erwies es sich, dass eine leichte Diarrhöe bei der benannten Person schon vorher während einiger Tage bestand, worüber ich nicht unterrichtet wurde; grundsätzlich aber frage ich stets danach jeden zu Immunisierenden und im Fall einer Diarrhoë oder erhöhten Temperatur enthalte ich mich der Vakzination.

Die Beschäftigungen betreffend, haben sich am meisten Schüler, dann Aerzte und ihre Familien, Studenten und Arbeiter, weniger Beamte den Vakzinationen unterworfen.

Was das Alter anbetrifft, so habe ich 3 Kinder zu 5 Jahren, 4—6jährige, dann 11 im Alter von 7 Jahren, 14—8, 21—9, 36—10, 32—11, 38—12, 30—13, 13—14, 6—15, 5—16, 5—17, 9—18, 8—19, 5—20, 14—21, 19—22, 1—23, 7—24, 8—26, 2—27, 10—28, 1—29, 5—30, 2—31, 3—32, 4—33, 1—34, 1—35, 1—36, 4—37, 2—38, 2—39, 1—40, 2—43, 1—44, 2—45, 2—46, 2—47, 1—52, und 1 Person von 56 Jahren vakziniert.

Den obigen Agglutinationstitre des Blutes habe ich bei 41 Personen nach folgender Tabelle bestimmt.

Tabelle VI.

Agglutinatio.

Serum { A = 1 Serum + 39 NaCl.
B = 5 A + 45 NaCl.
C = 5 B + 45 NaCl.
D = 5 C + 45 NaCl.

№	Solutio	Serum	NaCl	Emuls. bakt.	№	Solutio	Serum	NaCl	Emuls. bakt.
1	1:50	2 A	0	0,5 cm.	19	4000	0,25 B	1,75	0,5 cm.
2	1:100	1 A	1	»	20	5000	2 C	0	»
3	200	0,5 A	1,5	»	21	6000	1,6 C	0.4	»
4	300	0,33 A	1,67	»	22	7000	1,4 C	0,6	»
5	400	0,25 A	1,75	»	23	8000	1,2 C	0,8	»
6	500	2 B	0	»	24	9000	1,1 C	0,9	»
7	600	1,6 B	0,4	»	25	10000	1 C	1,0	»
8	700	1,4 B	0,6	»	26	12000	0,8 C	1,2	»
9	800	1,2 B	0,8	»	27	15000	0,66 C	1,34	»
10	900	1,1 B	0,9	»	28	18000	0,55 C	1,45	»
11	1000	1 B	1,0	»	29	20000	0,5 C	1,5	»
12	1200	0,8 B	1,2	»	30	25000	0,4 C	1,6	»
13	1500	0,66 B	1,34	»	31	30000	0,33 C	1,67	»
14	1800	0,55 B	1,45	»	32	35000	0,28 C	1,72	»
15	2000	0,5 B	1,5	»	33	40000	0,25 C	1,75	»
16	2500	0,4 B	1.6	»	34	50000	2 D	0	»
17	3000	0,33 B	1.67	»	35	60000	1,6 D	0,4	»
18	3500	0,28 B	1,72	»	36	70000	1.4 D	0,6	»

Statt die Agglutination in sämtlichen 36 Probiergläsern auszuführen, genügt meistenteils zu diesem Zweck die Verdünnung in den Probiergläsern 1, 2, 3, 6, 11, 15, 20, 25 und 29.

Für Agglutination bei schwächeren Verdünnungen habe ich folgende Tabelle ausgearbeitet.

Tabelle VII.

Agglutinatio (0,5 ccm.)

Serum { A = 0,1 Serum + 0,9 NaCl.
B = 0,1 A + 0.9 NaCl.

№	Solutio	Serum	NaCl	Emuls. bakt.
1	1:10	0,05 Ser.	0,35	0,1 ccm.
2	1:20	0,25 A	0,15	»
3	1:40	0,125 A	0,275	»
4	1:80	0,06 A	0,34	»
5	1:125	0,4 B	0	»
6	1:250	0,2 B	0,2	»
7	1:500	0,1 B	0,3	»
8	Kontrolle	0	0,4	»

Interessante Beobachtungen und Experimente hat im laufenden Jahre L. Karwacki[18]), der mit Zurakowski zusammen die Aufgabe der Versorgung des Königreichs Polen mit einer genügenden Menge Vakzinen übernommen haben, veröffentlicht. Karwacki hat bei 8 geimpften Personen das Blut dreimal: vor der Impfung, 5 Tage nach der ersten und 10 Tage nach der zweiten Impfung auf Bakteriolysine und Agglutinine untersucht. Er hat bakterizide Eigenschaften mittels des Pfeiffer'schen Phänomen's bestimmt, indem er für positives Resultat nur einen solchen Fall hielt, wo alle oder wenigstens $^9/_{10}$ aller Vibrionen in Körnchen umgewandelt waren. 0,5 des positives Pfeiffer'sches Phaenomen gebenden Serums nennt K. „bakterizide Einheit", bei der Verdünnung 1:10 nennt er 10, bei 1:1000—1000 bakteriolytische Einheiten. Nun aber, wenn die bakterizide Kraft des Blutes vor der Impfung sich höchstens mit einer Einheit und das auch nicht bei allen ausgedrückt hat, so steigerte sich diese Fähigkeit nach der ersten Impfung bis auf 50, in 10 Tagen aber nach der zweiten bis 2000—2500—5000, ja sogar 10000 Einheiten. Ein hoher Immunitätsgrad entsteht nach Karwacki erst nach zweimaliger Impfung; um den höchsten Immunitätsgrad aber zu erreichen, hält er dreimalige Impfungen für möglich. Wie wir eben gesehen haben, bestätigen meine Experimente diese letzte Möglichkeit vollständig. K. hat den Agglutinationstitre nach der 2. Impfung auf 1:30, 50, 120, 150, 300, 350 und 400 bestimmt.

Auch in diesem Jahre haben E. Friedberger und C. Moreschi[19]) eine Reihe von Untersuchungen ausgeführt, um den Einfluss zu ermitteln, welchen die Herstellungsmethode der Anti-Cholera- und Pest-Vakzinen selbst auf das Resultat der Vakzination ausüben muss. Zu hohe Erwärmung von Bakterien bis 150° oder ihre Abtötung mittels Chloroforms ausgenommen, haben verschiedene Vakzinationsmethoden fast gleiche Resultate gegeben, gleichgültig ob die Kulturen bei 60° abgetötet oder ausgetrocknete Bakterien bis 120° erwärmt worden sind; sogar die mehrmalige Erwärmung und Erfrierung der nach Kolle abgetöteten Bakterien verursacht keine deutlichen Unterschiede in der Antikörperbildung. Der von den Kritikern erhobene Einwand, dass die Schutzimpfungen gegen Cholera den Bereich des Experimentes nicht überschritten hätten, entbehrt der Begründung: im Gegenteil, sie sind schon eine wissenschaftlich begründete und experimental festgestellte Methode geworden.

Obige verschiedene Vakzinationsmethoden haben manche Mängel, welche namentlich darin bestehen, dass die Dauer der Immunität (ungefähr 1 Jahr), unsicher ist und dass die Methode der freien Rezeptoren Neisser-Shiga's die Anwendung eines übermässigen Volumens des Impfstoffes für Vakzinationen verlangt. Manche Autoren berechnen die Zeitdauer der Immunität auf ein Jahr, andere auf 6 Monate. Jedenfalls empfehlen die erreichten, weder von Zeit, Ort, wo die Vakzinationen stattgefunden haben, noch von der Methodik abhängigen günstigen Resultate diese wenigstens unter dem ärztlichen und sanitären Personal anzuwenden, bei uns — im Königreich Polen aber, wo der s. g. Kampf mit der Cholera eigentlich nur auf dem Papier stattfindet, sollte man in grösserem Umfange die prophylaktische Vakzination unter der Bevölkerung vornehmen, was jedenfalls gratis auszuführen wäre. Die Vakzination ist völlig unschädlich, da sogar lebendige Choleravibrionen unter der Haut rasch zugrunde gehen.

Was die Technik betrifft, so werden die subkutanen Impfungen entweder am Rücken unter dem Schulterblatt oder am linken Arm in der Gegend des musc.

[18]) Medycyna 1905.

[19]) Zentr. f. Bakteriol. 1905. XXXIX, 4, S. 453.

deltoideus, nach vorheriger Abwaschung der Haut mit Seife, 3 pCt. Carbol, Spiritus und Aether, ausgeführt; der letzte Wattebausch mit Aether bleibt auf der Stelle, wo eingestochen werden soll. Die Spritze mit einem Asbest- oder besser Glaskolben von 1 ccm. Volum und mit einigen dünnen, nicht zu langen Nadeln wird 10 Minuten im Wasser mit Soda ausgekocht. Nach der Einverleibung der Vakzine einer Person (die Nadel richtet man von oben nach unten zwecks der Entfernung von Luftbläschen), wird die Nadel mittels Pinzette abgenommen und in heisse Sodalösung geworfen, eine frische Nadel legt man für die folgende Person an u. s. w. Aufgemachte Fläschchen oder Ampullen müssen auf einmal verbraucht, nicht auf später gelassen werden. Der Geimpfte muss die Stichstelle einige Zeit mit Watte bedeckt halten. Es sollen nicht weniger als zwei Impfungen stattfinden, besser aber drei mit 5—6-tägigen Pausen, wenn die Reaktion schon verschwunden ist: die 1. Injektion — $^1/_2$ ccm, die Dosierung der 2. und 3. Vakzination wird durch die Reaktion nach der ersten bedingt. Man darf Kinder unter 2 Jahren (oder höchstens die minimale Dosis = $^1/_{10}$ der für Erwachsene), Greise über 60 Jahre, sowie während der Epidemie solche Personen, welche an Magen- oder Darmerkrankungen leiden oder erhöhte Temperatur haben, nicht vakzinieren; Frauen wird um $^1/_4$ weniger als Männern geimpft, Kindern je nach dem Alter —$^1/_4$—$^1/_2$ Dosis Erwachsener; bei der wiederholten Injektion wird die Dosis $1^1/_2$ mal vergrössert; bei Personen mit grosser Fettunterlage ist es besser am Rücken, als am Arm zu vakzinieren.

Meine eigenen Experimente bestätigen vollständig die Kolle'schen Schlüsse, dass die Einverleibung der möglich grössten Dosis der abgetöteten Kultur das beste Resultat und die am längsten dauernde Immunität giebt; mehrmalige Impfungen heben die Immunität und deren Dauerhaftigkeit; in den ersten Tagen nach jeder Injektion erfolgt anfänglich eine Abschwächung der bakteriziden Kraft des Blutes der Geimpften, die s. g. „negative Periode". Zu kleine Dosen dürfen nicht empfohlen werden, wie es früher Bassenge und Kinepau, in neuerer Zeit Friedberger und Moreschi (l. c.) vorgeschlagen haben.

Wir sehen also, dass die Schutzimpfungen gegen Cholera nicht nur den Bereich des Experimentes überschritten haben, sondern eine wissenschaftlich begründete, experimentell ausgeprüfte Methode geworden sind. Was die statistischen Resultate betrifft, so müssen, obgleich die Autoren der letzten Jahre auf Grund der ausgedehnten Statistik übereinstimmend zu einem die Wirksamkeit und völlige Unschädlichkeit der Schutzimpfungen feststellenden Schluss kommen, die statistischen Resultate doch, wie üblich, mit einigem Vorbehalt angenommen werden. Haffkine hat geglaubt, dass es möglich sein werde, die Cholera in ihrem endemischen Herde, in Indien, mittels aktiver Immunisierung zu bekämpfen, er ist aber in den religiösen, sozialen und lokalen Verhältnissen Schwierigkeiten begegnet, so dass unter 40000 geimpften Personen kaum $^1/_3$ sich der wiederholten Impfung unterworfen hat. Denselben Schwierigkeiten sind die Forscher auch in anderen Ländern begegnet; dasselbe endlich steht der Verbreitung von Schutzimpfungen im Königreich Polen im Wege, wo die Bevölkerung die Bedeutung und Wichtigkeit dieses besonders bei uns unentbehrlichen Eingriffs nicht versteht. Unter solchen Bedingungen kann kein Land, kein Forscher sich einer genauen Beweisstatistik rühmen, bei welcher zudem eine lange Reihe ungreifbarer Faktoren, wie die Intensität der Epidemie und deren Wellenbewegungen, veränderliche Virulenz des Infektionsstoffes, die Dauer der Epidemie in einzelnen Ortschaften (von einigen Wochen bis zu einigen Jahren) und Ursachen dieser Dauer, ungleiche sanitäre und ökonomische Bedingungen der von der Cholera heimgesuchten Orte, Standesunterschiede der Bevölkerung, Alter, Beschäftigung, Dosen und Zeit der Impfung, endlich auch die der genauesten Kontrolle nicht zugängliche s. g. Autovakzination berücksichtigt werden muss. Dem vollständigen Erlöschen der Epidemie resp. dem Zugrundegehen der spezifischen Vibrionen in einer bestimmten Ortschaft geht stets deren Abschwächung zuvor, welche sich durch den verminderten pCt.-Satz der tötlichen Fälle und die geschwächte Verbreitungsfähigkeit der Seuche ausdrückt. Einiger Anteil an dieser Erscheinung kann der erworbenen Immunität der Bevölkerung zugeschrieben werden. In Indien hat man schon längst folgende Periodizität in der Ausbreitung der Choleraepidemie beobachtet, welche sich aus den eigentlichen Herden alle drei, seltener alle zwei oder vier Jahre verbreitet: im ersten Jahre ist die Epidemie stark, im folgenden schwächer, im dritten erlöscht sie; dann folgt wieder eine starke u. s. w. Solch eine Periodizität kann durch eine kurz dauernde erworbene Immunisierung der Bevölkerung erklärt werden. Eine ähnliche Wellenbewegung im Verlauf wird auch während anderer Epidemien, z. B. der Diphtherie, beobachtet. Die erworbene Immunität betrifft, nach Gamaleja, nicht nur Personen, welche Cholera überstanden haben, sondern auch solche, die in sich den Infektionsstoff ohne jede bemerkbare Gesundheitsschädigung getragen haben.

Die zweite Ursache der Abschwächung und des endgültigen Erlöschens der Epidemie besteht in Degeneration und Abschwächung der Choleravibrionen selbst, bei welchen eine grosse Neigung zur Degeneration, Bildung neuer Modifikationen und Rassen, zum Verlust ihrer Grundeigenschaften, wie der Virulenz und Agglutination unter dem Einfluss des spezifischen Serums beobachtet werden kann.

Ohne wegen obiger Gründe die von Kolle, Pawell, Haffkine, Zlatogoroff, Murata u. a. zusammengestellten Statistiken ausführlich anzuführen, kann man hier im allgemeinen den Schluss ziehen, dass die anticholerischen Vakzinationen die Zahl der Erkrankungen 5mal, die der Mortalität 4mal vermindern, und den Krankheitsverlauf bedeutend abschwächen. Bei allen statistischen Angaben kann man den Grundeinwand machen, dass man trotz vorsichtiger Zifferngruppierung niemals sicher sein kann, ob die Vakzinationen gleichmässig in verschiedenen Ortschaften stattgefunden haben und ob die Immunisierten in demselben Grade, wie die Nichtvakzinierten, der Infektion unterlagen. Interessant hinsichtlich der Resultate sind einige Beobachtungen Murata's: 1) In den Ortschaften Akao und Sagoshi hatte man die Bewohner immunisiert; obgleich die letzteren sehr lebhafte Beziehungen mit Okayama unterhielten, wo eine sehr starke Epidemie herrschte, ist unter den Vakzinierten keine einzige Erkrankung vorgekommen. 2) Unter den Angestellten einer gewissen Anstalt hat man 156 Personen vakziniert, 3 nicht; von den ersteren ist niemand krank geworden, unter den letzteren war ein tödlicher Cholerafall. 3) In einem begrenzten Teil der Stadt Samuto hat man auf 100 dort befindliche Einwohner 99 immunisiert und diese sind gesund geblieben, 1 nicht vakzinierter ist krank geworden. 4) In einer Familie, wo alle, die Hausfrau ausgenommen, vakziniert wurden, ist nur die letztere cholerakrank geworden.

Die kurzdauernde Immunität gegen Cholera kann auch passiv durch die Einverleibung gesunden Menschen oder Tieren von Serum von Personen, welche Cholera überstanden haben, oder von aktiv immunisierten Tieren erreicht werden. Lazarus hat als erster im Jahre 1892 die Methode der passiven Immunisierung von Meerschweinchen ausgearbeitet, zu diesem Zweck das

Serum der Rekonvaleszenten gebraucht und festgestellt, dass 0,0001 ccm das Meerschweinchen während der nächsten 24 Stunden vor der intraperitonealen Infektion schützt, aber sogar grosse Dosen ganz wirkungslos sind, wenn die Infektion schon eingetreten ist. Nach Wassermann hat das Serum der Cholera-Rekonvaleszenten 2 Tage nach der Krankheit keine immunisierende Eigenschaften, 4 Wochen später aber schützt 0,0001 das Meerschweinchen, nach 7 Wochen steigt die Kraft des Serums noch zehnfach.

Aus den Untersuchungen sehr vieler Autoren folgt, dass der Immunisierungswert des Serums bis zu einem bestimmten Grad parallel der Stärke der passiven Immunisierung des Tieres, von welchem das Serum stammt, geht. Den höchsten Wert hat Pfeiffer bei Ziegen erreicht, welche er allmählich passiv so hoch immunisiert hat, dass 0,0001 des Serums zum Schutz des Meerschweinchens vor intraperitonealer Infektion mit der zehnfachen tödlichen Dosis ausreichte. Ohne sehr viele Untersuchungen und Versuche der passiven Immunisierung anzuführen, kann man schliessen, dass im Gegensatz zur aktiven die passive Immunisierung sogar nach Einverleibung einer grossen Menge des hochwertigen Serums eine schnell vorübergehende Immunität hervoruft. Das Serum aktiv immunisierter Tiere und Menschen besitzt spezifische bakteriolytische, nicht aber antitoxische Eigenschaften. Wenn $^1/_2$ Stunde nach intraperitonealer Infektion mit 1 Oese virulenter Cholerakultur hochwertiges Serum einverleibt wird, so erfolgt noch eine schnelle Vibrionenauflösung, in $1^1/_2$ Stunden nach der Infektion aber vermögen sogar grosse Serumdosen das Tier nicht zu retten. Infolgedessen kann die praktische Anwendung der passiven Immunisierung bei kranken Menschen jetzt, besonders angesichts des schnellen Krankheitsverlaufs, noch nicht gross sein. Die Behandlungsversuche mittels des Serums erwiesen sich bis jetzt nicht nur als nutzlos, sondern in vielen Fällen sogar infolge des plötzlichen Zerfalls einer Masse von Vibrionen und der schnellen Absorption durch den Organismus einer Menge freigewordener Endotoxine als schädlich. Der in Indien ausgeprüfte therapeutische Wert der s. g. antitoxischen Sera hat bis jetzt bei Cholera negative Resultate gegeben.

Auf Grund des obigen müssen wir einstweilen uns mit der aktiven Schutzimpfung begnügen, welche nur dann wirksam sein kann, wenn sie massenhaft angewendet werden wird: es ist die Pflicht eines jeden aufgeklärten Bürgers, vor allem eines Arztes, aufs dringendste zu freiwilligen Massenimpfungen aufzumuntern. Die ersten Impfungen im Königreich Polen hat man in Lodz ausgeführt, dann in Parczew, Gouv. Siedlce (Dr. Kaczynski), Kielce (Dr. Jablonski), Tuszyn (Dr. Skalski), Ozorków (Dr. Goldenberg), Piotrków (Dr. Marcinkowski) u. a. In letzten Zeiten haben DDr. Karwacki und Zurakowski in Warschau und Bujwid in Krakau angefangen die anticholerischen Vakzinen zu bereiten.

Wie notwendig bei uns die anticholerischen Massenimpfungen sind, dafür kann als schlagendes Beispiel Lodz dienen, wo ich bisher 27 Cholerafälle, darunter 13 Todesfälle bakteriologisch festgestellt habe, ohne die über hundert verdächtigen, nicht festgestellten (nicht untersuchten) Fälle zu zählen.

Der s. g. „Kampf mit der Cholera" lässt sich bei uns das Ausfahren von Exkrementen auf leere Plätze innerhalb der Stadt gefallen; weder die Abortgruben, noch die Fässer werden desinfiziert; die Ausfuhr findet meistenteils in offenen, spaltigen, mittels Schöpfeimer gefüllten Fässern statt; sporadische Cholerafälle kommen hauptsächlich in der Nähe der Orte, wohin die Exkremente ausgefahren werden, vor; in offene Rinnsteine werden aus jedem Hause die nichtdesinfizierten Abwässer aus Wäschereien, Küchen, Ställen, in einigen Häusern sogar aus Abtritten ausgegossen; nicht nur private, sondern sogar städtische (drei ausgenommen) Brunnen enthalten zum Gebrauch untaugliches und schädliches Wasser und werden trotz meiner ununterbrochenen Ermahnungen weder desinfiziert und gereinigt noch vertieft; fast kein einziger der von der sanitären Kommission auf dem Papier ausgearbeiteten Postulate ist verwirklicht worden, wie das Reinhalten der Höfe, Gruben, Müllkisten, die Popularisation u. s. w., es giebt keine städtische Desinfektionskammer; die ärztliche und die hygienische Gesellschaft werden von der Teilnahme an sanitären Angelegenheiten ferngehalten; infolge des Verbotes der populären Vorlesungen und des Fehlens jeder Popularisation befolgt die Bevölkerung keine der hygienischen Vorschriften und versteht es auch nicht, fürchtet sich vor Baracken, will die Kranken dort, die Umgebung aber in den Isolierungshäusern nicht unterbringen, benachrichtigt bei verdächtigen Fällen nicht zeitig genug oder garnicht, versteckt nicht nur Kranke, sondern sogar Leichen, und erlaubt nicht den Sanitären die Wohnungen zu desinfizieren. So ungefähr präsentiert sich bei uns der «Kampf mit der Cholera». Die ganze Hoffnung besteht in der selbständigen Abschwächung des Infektionsstoffes während der gegenwärtigen Epidemie und in deren selbständigem Erlöschen; wir, Aerzte, wünschen unsererseits durch die Aufmunterung zu anticholerischen Massenimpfungen dazu beizutragen.

Ueber Seereisen zu Kurzwecken und über die Seekrankheit.

(Beobachtungen und Erfahrungen von Seereisen.)

(Nach einem Vortrag, gehalten im Verein St. Petersburger Aerzte am 29. November 1905.)

Von

Dr. Th. Germann.

Sehr gross ist die Zahl derjenigen, welche mit ihrem Allgemeinbefinden nicht zufrieden sind und das Bedürfnis fühlen, jährlich, oder doch so oft als Mittel, Beruf und Pflichten es gestatten, eine Erholungsreise zu unternehmen, welche mit dem Aufenthalt an einem Kurort verbunden wird. Es ist nur festzustellen, ob die Beschwerden auf die Atmungsorgane, die Verdauung, auf das Nervensystem, den allgemeinen Ernährungszustand u. s. w. zu beziehen sind, und darnach lassen sich heutzutage — man kann wohl sagen für alle Arten von Beschwerden — Kurorte nennen, welche eine spezielle Berücksichtigung der angegebenen Leiden versprechen. Auf ärztlichen Rat hin werden jährlich derartige Reisen mit mehr oder weniger Erfolg von vielen Tausenden unternommen; aber gewiss ebenfalls nach Tausenden zählen diejenigen, welche, ohne einen Arzt zu befragen, zu Landreisen und zum Aufenthalt an Kurorten überredet werden. Wie eine Erholungsreise einzurichten ist, in welcher Zeit, mit welchen Unterbrechungen, ob auf den Bergen ob im Flachlande die Reise auszuführen ist, welche Orte zu längerem Aufenthalte gewählt werden sollen — darüber weiss fast jeder Arzt aus eigener Erfahrung und aus eigener Anschauung Rat zu erteilen. Ebenfalls weit verbreitet ist unter den Aerzten persönliche Bekanntschaft mit den Verhältnissen der verschiedensten Kurorte, kurz man weiss genau was man tut und in welche Verhältnisse man seinen Patienten bringt, wenn man ihm eine bestimmte Erholungsreise oder den Aufenthalt in einem Kurorte empfiehlt.

Ganz anders steht es mit der Verordnung einer Seereise! Ungleich seltener — wenigstens bei uns zu Lande — wird einem Patienten oder Rekonvaleszenten geraten, eine Seereise zu unternehmen! Die wenigsten unter uns besitzen persönliche Erfahrung, und was man nicht kennt, nicht erprobt hat, das verordnet man eben auch nicht gerne. Rein touristische Seefahrten werden von unseren Heimatsgenossen

sehr wenig unternommen und noch seltener wird es vorkommen, dass einer eine Seereise zur Erholung unternimmt, einzig dazu veranlasst durch die Empfehlung und das Zureden eines guten Freundes. Die landläufige Vorstellung von der allgemeinen Gefahr einer Seereise, und vor allem die Furcht vor der Seekrankheit, über welche immerhin soviel bekannt ist, um zu veranlassen, dass der Patient eine Seereise ablehnt, der Arzt dieselbe garnicht vorzuschlagen wagt. Beides mit Unrecht! Gefahr ist kaum vorhanden bei Fahrten zu günstigster Jahreszeit und mit Schiffen, welche für den Personenverkehr eingerichtet und mit allen erdenklichen technischen Hilfsmitteln ausgestattet sind, welche der Sicherheit der Passagiere dienen. Die Leiden der Seekrankheit werden — günstigste Reisezeit und gute Schiffe vorausgesetzt — nach meinen persönlichen Erfahrungen von den Aerzten wie von Laien ganz ungebührlich überschätzt; der Nutzen, den der Aufenthalt auf der See zu bringen vermag, wird dagegen von den Aerzten sowie von den Erholungsbedürftigen entschieden zu wenig beachtet.

Schon Hippokrates, Coelus Aurelianus und andere der älteren Schriftsteller empfehlen Seereisen und schreiben der Seekrankheit einen heilsamen Einfluss auf eine Reihe von chronischen Krankheiten zu, wie bei Leber und Nierenkrankheiten, ja sogar bei Gehirnleiden! Die alten Autoren hielten die Seekrankheit für ein wirksames umstimmendes Mittel. Auch heute wird von den modernen Beobachtern gewiss niemand leugnen dürfen, dass eine Seereise sehr günstig wirken kann, dass die Seekrankheit einen umstimmenden und heilsamen Einfluss auszuüben vermag.

Nach Mitteilungen in der Literatur der letzten zehn Jahre fasse ich kurz zusammen, dass Seereisen mit besten Erfolgen verordnet wurden: der grossen Gruppe der sogenannten «Nervösen», den durch Berufspflichten und geistige Arbeit Ueberanstrengten, Hypochondern und Neurasthenischen, an Kopfschmerzen Leidenden; bei leichteren Graden von Anaemie und schlechtem Ernährungszustande, besonders bei nervös Dyspeptischen, chronischer Appetitlosigkeit, bei skrofulösen Leiden.

Von Organerkrankungen bei den verschiedensten Erkrankungen der Respirationsorgane. Die Gruppe dieser Patienten liefert eine grosse Zahl von Kehlkopf- und Lungentuberkulose, welche auf die See geschickt wird. Im Beginn der Krankheit soll Besserung und Heilung durch den Aufenthalt auf der See mindestens so häufig zu erzielen sein, wie bei Behandlung in Sanatorien. Englische und französische Aerzte beherrschen die Literatur in dieser Frage. Dass die Erfolge — bei richtiger Individualisierung — sehr günstige sein können, daran ist wohl nicht zu zweifeln. Einen günstigen psychischen Einfluss soll die Seekrankheit auf «schwächliche, willensschwache oder deprimierte Individuen» ausüben können, indem durch das Ueberstehen der Seekrankheit neue Lebenslust und Lebenskraft geweckt wird!

Kommt es nun, so frage ich, öfters vor, dass unsere einheimischen Kollegen Patienten welche den genannten Gruppen zuzuzählen sind, auf die See schicken? Ich bin der Ansicht, dass wohl nur sehr selten bei uns die Seereise in Frage kommt. Wir bevölkern nach wie vor mit diesen Patienten die Kurorte und Sanatorien. Ich habe an mir selber den wohltätigen Einfluss des Aufenthaltes auf der See erprobt, und bin der Ueberzeugung, dass vielen durch eine Seereise in zweckentsprechendster, dabei angenehmer, und, was sehr zu beachten ist — in billigster Weise geholfen werden kann.

Sehr Wohlhabenden werden die in neuster Zeit angekündigten «Schwimmenden Seesanatorien» zur Verfügung stehen. Die Hamburger Paketfahrt-Aktiengesellschaft will unter ärztlicher Leitung langdauernde Kurfahrten organisieren. Kein Geringerer als Professor Dr. Schweninger soll dafür gewonnen sein.

Heilfaktoren eines längeren Aufenthaltes auf der See sind das Einatmen einer reinen, staubfreien, salzhaltigen Luft, die Steigerung der Esslust, welche nur zuzeiten eintretender Seekrankheit fehlt, und die gesamten Lebensbedingungen auf der See, welche eine absolute körperliche und geistige Erholung so sehr begünstigen. Mit dem Moment, da der Passagier das Schiff betritt, beginnt für ihn auch schon die Erholung. Da giebt es kein Hasten, kein Abreisefieber. So zeitig als man nur wünscht, kann man an Bord gehen und sich häuslich einrichten und hat für nichts weiter zu sorgen. Das Schiff bietet uns alles und bringt uns vorwärts, für alles ist Vorsorge getroffen. An Abwechselung und Zerstreuung fehlt es an Bord nie, wenn der Passagier nur einigermassen Sinn für Naturbeobachtung hat. Alles, was in den weiten Gesichtskreis fällt, vermag Interesse zu erregen, und unter den Mitreisenden wird man gewiss immer Leute finden, mit denen sich verkehren lässt. Ich würde jedem raten, Bücher zu Hause zu lassen. Bei Fahrten auf den europäischen Meeren wird ja spätestens in fünf Tagen irgend ein Hafen angelaufen, da erhält man seine Korrespondenz, Zeitungen etc. und das ist eine genügende geistige Beschäftigung für einen Erholungsbedürftigen. Sehr gut und ausreichend, dabei abwechselungsreich ist die Ernährung für Passagiere erster Kajüte. Darauf pflegen die Kapitäne, welche an der Mittagstafel nie fehlen, sehr streng zu achten. Sind viele der Passagiere seekrank, dann wird auch darauf Rücksicht genommen, sowohl was die Speisen betrifft als auch dadurch, dass zu anderer Zeit serviert wird. Auf Dampfern, deren Fahrten Tage hindurch dauern, ist so ziemlich überall folgende Tagesordnung üblich: Von acht Uhr morgens ab steht Kaffee oder Tee nebst kleinem Gebäck zur Verfügung. Um zehn Uhr Frühstück mit einer warmen Speise und sehr reicher kalter Küche, Kaffee, Tee. Um drei Uhr Mittag — vier Speisen und Kaffee. Abends acht Uhr eine warme Speise und reiche Auswahl kalter Küche, Tee.

Die Spaziergänge auf Deck und das unvermeidliche Treppensteigen bieten genügend Gelegenheit zu körperlicher Bewegung. Wem daran liegen muss, an Körpergewicht zuzunehmen, der wird bei reichlicher Nahrung Ruhe halten müssen, um nicht durch physische Anstrengungen das zu verlieren, was er angesammelt hat. Bei Landreisen wird das Gebot, möglichst wenig zu gehen, entweder missachtet oder der Betreffende empfindet diese Beschränkung sehr drückend. An Bord eines Dampfers ist das durchaus nicht der Fall; was die Fahrt zu bieten vermag, das geniesst man in gleicher Weise uneingeschränkt im bequemen Deckstuhl liegend.

Von grösster Wichtigkeit ist die Wahl der Reiseroute. Dieselbe ist für Erholungsreisen in erster Stelle gebunden an die Jahreszeit. Die Meere aller Zonen haben für ihre Befahrungen eine gute — weil beständige, eine weniger gute — weil unbeständige, und eine erfahrungsgemäss schlechte Reisezeit. Als beste Reisezeiten haben zu gelten: für die Ostsee, in allen ihren Teilen, von der zweiten Hälfte des Mai bis gegen Ende August; hier kann man Fahrten erleben — und das ist garnicht selten der Fall, während welcher die See spiegelglatt ist. Auf der Nordsee ist auch bei ruhigem Wetter stets eine gewisse «Dünung», d. h. leichter Wellengang vorhanden. Auf grösseren Schiffen, und wohl nur solche kommen für uns in Frage, spürt man von der Dünung aber nicht viel. Um einen grossen Dampfer — die Länge des Schiffes ist dabei massgebend — ins Schaukeln zu bringen, bedarf es immer einer entsprechenden Windstärke und eines entsprechenden Wellenganges. Für die Nordsee gilt als gute Reisezeit ebenfalls der Mai bis August incl. Der Kanal und die atlantischen Küsten Europas sollen am ruhigsten zur Zeit der Passatwinde — Mitte April bis Mitte Oktober sein. Mit plötzlichen Ueberraschungen, und einer nie ganz ruhigen See ist aber stets zu rechnen.

Das Mittelmeer ist das ruhigste und zuverlässigste aller Europa umspülenden Meere, während der Sommermonate kommen Stürme nie vor. Auf allen Teilen des Mittelländischen Meeres kann man von Anfang Mai bis Ende Oktober Wochen hindurch eine absolut ruhige See erleben.

Das Schwarze Meer ist, was den Wellengang betrifft, sehr unzuverlässig. Die ruhigsten Zeiten fallen von Anfang Mai bis Ende Oktober. Während dieser Monate ist eine absolut ruhige See häufig.

Seereisen verlangen gewisse Ueberlegungen und Vorbereitungen, welche bei Landreisen garnicht oder nur in geringem Masse Beachtung verdienen. Die Kenntnis der Abfahrtshäfen, die Fahrzeiten, die oft wünschenwerten Uebergänge auf andere Linien, die Feststellung derjenigen Touren, welche womöglich ohne Schiffswechsel ein der verfügbaren Zeit entsprechendes Verweilen auf See ermöglichen, die Vorbestellungen von Plätzen — das sind Fragen, welche oft nur durch zeitig eingeleitete Correspondance erledigt werden können.

Besondere Berücksichtigung verlangt die mitzunehmende Bekleidung. Will man stets alles in der Schiffskabine zur Hand haben, dann ist die Grösse der mitzunehmenden Gepäckstücke eine vorgeschriebene. Befahren habe ich selbst: die Ostsee in allen ihren Teilen bis hinauf an die Spitze Dänemarks. Die Nordsee kreuzte ich von Schweden nach Holland, und von Dänemark nach Schottland. Den Atlantischen Ozean: im Norden — von Schottland über die Färöer nach Island, im Westen — von Hamburg über Havre nach Bordeaux. Auf dem Mittelländischen Meere: von Konstantinopel nach Kleinasien, den griechischen Inseln, Syrien, Palästina, Aegypten, Griechenland. Auf dem Schwarzen Meere: von Odessa nach Konstantinopel, und längst der Küste von Odessa nach dem Südufer der Krim, und weiter die kaukasische Seite bis nach Batum. Eine Reise, die von Aegypten über Griechenland und Konstantinopel nach Odessa, fiel — nach unserem Stil — in die letzte Dezemberwoche, alle anderen Reisen wurden in den Monaten Juni, Juli, August a. St. ausgeführt, also zu günstiger Zeit.

Trotzdem habe ich so manche mehr oder weniger bewegte See erlebt und eine recht grosse Zahl Seekranker beobachten können.

Die Seekrankheit ist, wie bekannt, eine Störung infolge der Schwankung des Schiffes, welche sowohl in der

Längsrichtung — auf und ab — als auch in der Seitenrichtung — das Rollen des Schiffes — oder aus der Kombination beider Schwankungen entstehen. Unter Schwindelgefühl tritt Uebelkeit, dann Erbrechen ein. Mageninhalt, dann Magensekret und Schleim, zuletzt auch Galle, wird erbrochen. Der Erkrankte kann nichts geniessen, sogar der Geruch von Speisen ist ihm zuwider. Er fühlt nur das Bedürfnis ruhig zu liegen, ist gänzlich apathisch, interessen- und willenlos. Der Puls ist oft beschleunigt, dabei klein. Die Temperatur normal oder etwas unter der Norm. Häufig sind: Angstgefühle, Verstopfung, verminderte Harnmenge, kalte Schweisse. Dauert die Krankheit länger als 3 bis 5 Tage, dann treten fast immer Kopfschmerzen und krampfhafte Magenschmerzen auf. Die Extremitäten sind kalt und der Patient liegt wie komatös da. Stillende Frauen verlieren die Milch; Schwangere neigen zu Abort. Eine sehr seltene Komplikation sind durch das kontinuierliche Erbrechen hervorgerufenen Magenblutungen. In jedem Falle ist die Prognose aber eine gute. Selbst wenn die Seekrankheit, unter Schwankungen, einige Wochen anhält, schwinden alle Symptome schnell, sobald der Patient das Schiff verlässt.

Dies wäre das Bild der Seekrankheit, wie es auf langen Fahrten und bei schwerer See häufig vorkommen mag. Wesentlich anders, d. h. günstiger liegen aber die Verhältnisse unter Voraussetzungen, wie sie dieser Mitteilung zugrunde liegen, d. h.: 1) Günstigste Reisezeit, 2) gute Schiffe, 3) spätestens alle 3 bis höchstens 5 Tage die Möglichkeit ans Land zu gehen. Schwerere Fälle mögen auch dann noch vorkommen, aber dieselben werden selten sein und nachteilige Folgen sind nicht zu befürchten.

Ohne Zweifel sind Disposition und prädisponierende Momente von Einfluss auf die Erkrankung.

Auf allen meinen Seefahrten blieb die Mehrzahl meiner Mitpassagiere gesund. Sehr leichte Formen der Erkrankung waren die Regel, die Attacken wurden leicht ertragen und waren bald vergessen. Die meisten der Erkrankten litten nicht einmal während der ganzen Dauer der bewegten See; bei den meisten trat nach einmaligem Erbrechen und stundenlanger Appetitlosigkeit Akkommodation ein und mit starker Esslust begann volle Genesung. Andere empfanden nur Schwindelgefühl, hatten das Bedürfnis zu liegen und wollten nicht essen; zum Erbrechen kam es jedoch nicht, und mit dem Appetit stellte sich vollstes Wohlbefinden ein und hielt bis zum Schluss der Reise an. Rückfälle der Seekrankheit bei denen, welche sich akkommodiert hatten, habe ich nicht beobachtet. Frauen erkranken sehr viel leichter als Männer. Aengstliche Passagiere liegen während der Fahrt beständig, einerlei ob es schaukelt oder nicht, und lassen sich Essen und Getränk zutragen. Ich habe mehrfach beobachtet, dass diese Vorsicht Erfolg hatte. Wer sich einmal akkommodiert hat, kann ruhig eine Zecherei riskieren, auch bei Seegang; dagegen ist es nicht ratsam, die Reise mit vollem Magen oder in Weinlaune anzutreten. Derartig vorbereitete Passagiere werden auch bei geringem Schaukeln unfehlbar seekrank. Im Greisenalter Stehende, Säuglinge und kleine Kinder sollen nach Angabe vieler Autoren sehr selten an der Seekrankheit leiden.

Auf der Tour Island — Faröer — Schottland — Kopenhagen hatte ich aber auch Gelegenheit, schwerere Fälle der Seekrankheit zu beobachten, und da ich mit den Passagieren bekannt geworden war, machte es sich von selbst, dass ich mich um die Erkrankten bemühte. Von 24 Passagieren erkrankten auf dieser Reise 18. Am zweiten und dritten Reisetage hatten wir bei südlichem Kurse starken Wind aus Nordwest. Das Schiff hob und senkte sich bei gleichzeitigem seitlichem Rollen. Die Wellen gingen gewiss bis an fünf Meter hoch, denn auf dem ganzen Dampfer konnte man einigermassen trocken nur auf der Kommandobrücke stehen. Entsprechend diesen sehr ungünstigen Bedingungen erkrankten alle ziemlich schnell hintereinander und um 3 Uhr mittags waren wir nur sechs Passagiere an der Tafel. Wind und Wellengang begleiteten uns, stetig abnehmend, bis an die Nordspitze Dänemark's. Trotzdem waren am vierten und fünften Reisetage 15 von den Erkrankten wiederum munter. Ein Herr lag 5 Tage, eine Dame erschien wiederum am 7. Tage, eine zweite jedoch litt während der ganzen Reise.

In Reikjawiek lag unser Dampfer in der Bucht etwa 1½ Kilometer vom Lande. In Ruderböten oder in einem Motorbot mussten die Passagiere mit ihrem Gepäck an Bord gebracht werden. Die See war so bewegt, dass die Böte wie die Nussschalen tanzten. Ich war so durchnässt, dass ich mich sofort gänzlich umkleiden musste.

Eine gute halbe Stunde brauchten die Böte vom Ufer bis an das Schiff. Zu meinem Erstaunen hatten alle Passagiere, welche weiterhin der Seekrankheit erlagen, diese unangenehme Ueberfahrt gut überstanden, ja nicht einmal Schwindel oder Uebelkeit hat dabei die junge Dame empfunden, welche auf dem grossen Dampfer als erste und am schwersten von der Seekrankheit zu leiden hatte. Unser Kapitän bestätigte diese Tatsache und behauptete, beim Fahren in offenen Böten käme Seekrankheit garnicht vor. Jetzt habe ich auch bei einigen Autoren die Angabe gefunden, dass die Seekrankheit auf Segelschiffen bedeutend weniger vorkommt als auf den Dampfern, und während einer Fahrt in offenen Böten trotz starken Schwankens nur bei besonders empfindlichen Personen zum Ausbruch kommt.

Wie zauberhaft schnell alle Beschwerden der Seekrankheit schwinden, sobald sich die Gelegenheit bietet an Land zu gehen, demonstrierte unsere junge Schwerkranke. Am Morgen ihres vierten Krankheitstages wurde der Anker geworfen in der Bucht von Thorshaven auf den Faröern. Wir sollten nur sechs Stunden Aufenthalt haben.

Meine Patientin war eine der ersten, welche sich an Land rudern liess und im Postamt Ansichtskarten abfertigte. Sobald wir die Bucht verlassen hatten begann das Schaukeln und alsbald hatte sie wiederum Erbrechen und lag weitere drei und einen halben Tag, bis wir Edinburg erreichten. Hier langten wir abends zehn Uhr an. Es dauerte wohl kaum eine Stunde und sie war vollkommen bereit, einen gründlichen Abendspaziergang zu machen.

Falsch ist die Annahme, dass Seekranke garnichts geniessen können. Je länger die Krankheit andauert, um so grösser werden zwischen den Brechanfällen die Ruhepausen, und in diesen kann immer etwas genossen werden.

Ueber Stuhlverhaltung klagten alle. Temperaturen habe ich nicht unter 36,8 und nicht über 37,1 gemessen. Puls — während des Anfalles gezählt — zwischen 76 und 92. Den Augenhintergrund habe ich mehrfach untersucht, aber nichts Auffallendes gefunden.

Nach Angabe der Autoren sind, wie die Beobachtung lehrt, alle höheren Tierklassen zur Seekrankheit disponiert. Unser Schiff brachte ein Paar Ponys von Island nach Kopenhagen; die Pferdchen litten sichtbar unter der Seekrankheit.

Was therapeutische Masnahmen betrifft, ist bekanntlich ein sicheres Mittel gegen die Seekrankheit noch nicht gefunden worden. Meine seekranken Mitreisenden fand ich im Besitz gar vieler Mittel wie: Kokain, Morphium, Opium, Brom, Chloralhydrat, Chinin, Antipyrin. Alle sind mindestens unsicher, wenn nicht ganz zwecklos. Medikamente gegen die Seekrankheit mitzunehmen, halte ich für unnütz. Dagegen sollte ein jeder ein ihm zusagendes Abführmittel mithaben. Mit Rhabarberpillen, welche ich mit hatte, habe ich vielen Mitreisenden helfen können. Bei den ersten Anzeichen des Unbehagens soll man sich hinlegen; wenn die Witterung es irgend erlaubt, bleibe man auf Deck und suche womöglich einen Platz in der Mitte des Schiffes, da hier die Schwankungen am geringsten sind. Zum Essen soll man sich nicht zwingen. Erfolgte Erbrechen, dann warte man ruhig ab, bis sich ein Bedürfnis nach Nahrung einstellt. Leicht salzige oder saure Speise wird allgemein bevorzugt. An Getränken bekommen kalte — kohlensaure Limonaden, Champagner, Tee und Milch — am besten. Stark alkoholische Getränke sind zu vermeiden.

Hiermit schliesse ich meine persönlichen Eindrücke und Beobachtungen. Eine erschöpfende Darstellung habe ich natürlich nicht bringen können, immerhin habe ich aber soviel gesehen und beobachtet, um zu sagen: die Beschwerden einer kurzen Seekrankheit braucht weder der beratende Arzt noch der Patient zu fürchten; der Nutzen einer Seereise für die Gesundheit kann trotz der Seekrankheit ein sehr wesentlicher sein. Wer es erst einmal versucht hat, auf die See zu gehen, der wird sehr leicht ein begeisterter Anhänger dieser besonderen Form der Anwendung des Seeklimas. Ich bin überzeugt, dass Seefahrten zu Kurzwecken, hier bei uns, ohne ärztliche Empfehlung nicht so leicht in Aufnahme kommen werden. Abwechselung in den Verordnungen haben alle gerne. Patienten, die bereits mehrfach Kurorte aufgesucht haben, werden eine Seereise gewiss nicht ohne weiteres zurückweisen, wenn sie nur einigermassen Temperament, Willensstärke, Selbstvertrauen besitzen. Den Furchtsamen müssen wir die Angst vor der Seekrankheit zu benehmen suchen, dagegen den Nutzen des längeren Aufenthaltes auf der See genügend betonen.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Moritz Benedict: Aus meinem Leben, Erinnerungen und Erörterungen. Wien 1906. (Stülpnagel) gr. 8. 419 S.

Ein durchaus persönliches Buch, das in seiner Struktur sehr an ein grösseres Vorbild (Fürst Bismark) erinnert und wie jenes gerade durch das persönliche Moment an Interesse gewinnt.

Das erste Buch enthält auf autobiographischen Fonds eine Fülle interessanter Schilderungen und Erörterungen aus jener grossen Wiener Zeit der 50-er und 60-er Jahre, da die Namen Rokitansky, Oppolzer, Skoda, Brücke, Arlt die jungen Mediziner aus der ganzen Welt nach der herrlichen Kaiserstadt an der Donau lockten. In dem Masse als Benedict's wissenschaftlicher Ruf stieg, seine Bedeutung anerkannt wurde, erweiterten sich seine persönlichen Beziehungen nach allen Richtungen und es werden fast alle berühmten Mediziner Deutschlands und viele des Auslands (Charcot) vorgeführt und ihr Verhältnis zu den Tagesfragen der Wissenschaft und zum Verfasser besprochen.

Benedict beschränkt sich aber nicht auf die wissenschaftliche Medizin und deren Vertreter, — recht eingehend behandelt er im 2. Teil anthropologische und kriminalistische Fragen, Zurechnungsfähigkeit, Strafe u. s. w., wobei er sich meist vereint mit Lombroso polemisch der ältern Schule gegenüberstellt. Ausserdem finden wir recht lebhaft geschilderte Reise-Eindrücke — u. a. eine Reise nach Russland 1872 — und zum Schluss Stellungnahme des Autors zu gewissen Tagesfragen — bes. Abstinenz- und Tuberkulose-Frage.

Benedict's «Memoiren» — so darf man wohl kurz sein Buch bezeichnen — sind in lebhaftem Tempo, recht fesselnd geschrieben und ihre Lektüre kann den ältern Aerzten, welche die geschilderten Zeiten und Personen miterlebt haben, warm empfohlen werden; das subjektive Kolorit giebt dem reichen Inhalt noch einen besondern Reiz.

M— z.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1421 Sitzung vom 18. Mai 1905.

Dr. A. v. Bergmann demonstriert eine Milz, welche er vor einer Woche exstirpiert hat; er führt aus, dass bei Echinokokkus und Malaria die Milz oft exstirpiert worden ist, ebenso auch bei Leukämie; bei der letzteren Erkrankung habe man jedoch wegen der schlechten Resultate die Operation wieder verworfen. Bei der idiopathischen Hypertrophie gelte es als fraglich, ob man operieren solle; in der letzten Zeit habe man jedoch hierbei Erfolge erzielt, deshalb habe auch er sich zur Operation entschlossen. Eine Leukaemie wurde hier ausgeschlossen durch die Blutuntersuchung, welche Hyperglobulie ergab. Es handelte sich um eine Frau von 40 Jahren. Der Tumor bestand seit 3 Jahren; der Tumor machte Schmerzen und die Frau verlangte die Exstirpation. Nach der Exstirpation wurde das ganze Operationsterrain mit Peritonaeum ausgekleidet; jetzt findet sich bei der Blutuntersuchung eine grosse Anzahl von weissen Blutkörpern; es fragt sich, wie lange dieser Befund andauern wird, sonst soll er gewöhnlich ca. 14 Tage andauern. (In der September-Sitzung trägt Dr. v. Bergmann nach, dass die Patientin ca. 3 Wochen nach der Operation infolge einer Pyaemie, ausgehend von einer Pankreasnekrose, starb; das Pankreas war bei der Operation verletzt worden.)

Dr. Hampeln erwähnt, dass die nicht progressiven Tumoren oft auch keine Beschwerden machen, dann ist natürlich auch eine Operation nicht nötig; von Türk seien zuerst solche Operationen gemacht worden. Hampeln hat einen dem Bergmann'schen ähnlichen Fall gesehen; nach einer Malariatherapie fühlte der Kranke sich jedoch wohler. Auch hier bestand eine Hyperglobulie (10 Millionen) nach Dr. Kieseritzky; Hampeln hatte 3 Jahre lang Gelegenheit den Fall zu beobachten. Das Aussehen des Patienten ist «echauffiert»; in seinem Fall käme auch die Operation in Frage.

Dr. Woloschinsky plädiert für die Berechtigung, den Tumor zu exstirpieren auch bei der Anaemia splenica (wo der Blutbefund normal und wo die anderen Lymphdrüsen nicht geschwollen), da diese Form der Erkrankung doch progressiv sei und solche Kranke doch nur vielleicht 7—8 Jahre leben. Vor 8 Jahren seien von Jonesco in Bukarest solche Operationen gemacht worden; weiter fragt Woloschinsky, ob hier nach der Operation eine Schwellung der Lymphdrüsen bemerkt worden sei, was von Dr. Bergmann verneint wird.

Ausser der Tagesordnung demonstriert

1) Dr. Schönfeldt sodann 2 Fälle von Syringomyelie.

Die vorgestellten Fälle sollen einen Beitrag zur Differenzialdiagnose der Syringomyelie und Nervenlepra liefern. Die weitgehende klinische Aehnlichkeit beider Krankheitszustände wird von allen Autoren einmütig anerkannt; wenn auch die Auffassung von der Identität (Zambaco Pascha) fallen gelassen ist, so wird doch zugegeben, dass es vereinzelte Fälle giebt, bei denen die Diagnose wenigstens temporär nicht gestellt werden kann. Zu diesen gehören die abortiven oder atypischen Fälle von Syringomyelie, speziell des Morvan'schen Typus, und die Form der Nervenlepra, bei der die charakteristischen Hauteruptionen nicht nachgewiesen werden können. Auf Grund zahlreicher Untersuchungen am hiesigen Leprosorium möchte Referent auf einen Umstand hinweisen, der bisher bei der Differentialdiagnose nicht genügend verwertet worden ist, obgleich er in zweifelhaften Fällen ausschlaggebend sein kann. An der Hand der neuen Untersuchungen über den segmentären spinalen Ursprung der Haut- und Muskelinervation wird man bei der Syringomyelie — dem Typus einer spinalen Segmenterkrankung — die atrophische Lähmung eines Muskelgebietes und die Sensibilitätsstörung auf denselben Höhensitz des Krankheitsprozesses im Rückenmark zurückführen können. Bei der Nervenlepra konnte ein solcher Befund nicht erhoben werden und ist auch in der kasuistischen Literatur einwandsfrei nicht beschrieben worden. (Der einzige Fall von Gerber-Matzenauer — in der Gesellschaft der Aerzte Wiens 1902 mitgeteilt — bei dem neben den Syringomyeliesymptomen lepröse Knoten und Bazillen im Leben nachgewiesen wurden und bei der histologischen Untersuchung eine Höhlenbildung im Rückenmark ohne Bazillen oder spez. lepröses Gewebe konstatiert wurde, hat keine eindeutige Beurteilung erfahren.) — Daher ist eine scharfe Trennung beider Erkrankungen sowohl auf Grund des histologischen Befundes als auch der von diesem abzuleitenden klinischen Symptome durchaus berechtigt.

Der eine Kranke — Typus Morvan — zeigt die durch den Schwund der kleinen Handmuskeln charakteristischen Krallenhände mit ankylosierten Fingern, im Vorder- und Oberarme ist die grobe Kraft reduziert, doch sind keine Atrophien vorhanden.

Die Sensibilitätsstörung der Haut ist eine partielle sog. «dissoziirte», d. h. während Berührung und Druck normal empfunden werden, ist der Schmerz- und Temperatursinn stark herabgesetzt. Sie entspricht in ihrer Ausdehnung nach dem Seifter'schen spinalen Schema für Segmentdiagnosen dem Innervationsbezirk des 5. Cervikal- bis zum 4. Dorsalsegment. In diesem Niveau ist auch das segmentäre Ursprungsgebiet der Nerven für die affizierten Handmuskeln zu suchen. Eine ausgesprochene Kyphoskoliose und lebhaft gesteigerte Sehnenreflexe der unteren Extremitäten vervollständigen das Krankheitsbild.

Den 2. Fall charakterisiert die atrophische Lähmung des Cucullaris, der Schulter — und Oberarmmuskeln — die Schulterblätter hängen in Schankelstellung und die Hebung der Arme gelingt kaum bis zur Horizontalen. Die anderen Muskeln und deren Funktionen sind normal.

Die dissoziirte Empfindungslähmung der Haut erstreckt sich vom Rumpfe in der Höhe der 4. Rippe aufwärts, an Intensität zunehmend, über die Arme, den Hals und den Kopf, wobei die Abgrenzung zum Trigeminusgebiete in der Scheitel-, Ohr-, Kinnlinie eine sehr scharfe ist. Der segmentäre Charakter der sensiblen und motorischen Störungen und deren einheitlicher Ursprung weisen auf einen Krankheitsprozess in den ersten Zervikalsegmenten hin — wie wir ihn nur beim Tumor medullae spinalis oder im engeren Sinne Gliosis spinalis finden.

Wenn — wie auch in diesem Falle — alle anderen Symptome fehlen, so wird die Diagnose in keiner Weise erschüttert.

Als weitere differentialdiagnostische Kennzeichen kommen für die Syringomyelie in Frage: die oculopupillaren Symptome, die Kyphoskoliose, die Beteiligung der proximalbelegenen Körpermuskeln und die spastischen Erscheinungen der unteren Extremitäten; — für die Nervenlepra sprechen: der Nachweis spezifischer Hautveränderungen, die Lähmung einzelner Gesichtsmuskeln, wie des Orbicularis oculi, wodurch Lagophthalmus und Ektropion des unteren Lides entstehen, die spindel- oder strangförmige Verdickung der Nervenstämme, wie des ulnaris, auricularis magnus, peroneus, und die fleckweise resp. unregelmässig diffuse Verbreitung der Hautanaesthesie. Sollte trotz all' dieser Erwägungen eine Diagnosenstellung nicht möglich sein, so wird man sich aus vielfachen Gründen für die Syringomyelie entscheiden, bis unzweifelhafte Leprasymptome nachgewiesen werden können.

(Autoreferat.)

In der folgenden Diskussion spricht sich Dr. M. Hirschberg dahin aus, dass, obgleich er im allgemeinen mit der Diagnose Syringomyelie einverstanden sei, es doch bei dem einen Fall Momente gebe, welche die Diagnose zweifelhaft machen, z. B. habe er einige Hautflecke bei dem Kranken

gesehen, welche für Lepra sprechen könnten. Auch habe der Patient grosse, unregelmässige Narben, welche ebenfalls für Lepra sprechen; auch einige verdächtige Pigmentflecke finden sich; er glaubt auch eine Verdickung des Nerv. auricular. magn. auf einer Seite konstatiert zu haben, was auch mehr für Lepra spreche; der N. ulnaris sei freilich nicht perlschnurartig verdickt. Er habe auch den Nasenschleim untersucht, doch keine Leprabazillen gefunden. — Im 2. Fall fanden sich Keloide, dies spräche mehr für Syringomyelie. — Die Gleichmässigkeit der Abgrenzung der Sensibilitätsstörungen möchte er mehr als für Lepra charakteristisch halten.

Dr. v. Bergmann betont, dass man daran festhalten müsse, dass die Sensibilitätsstörungen bei der Lepra regionär seien, bei der Syringomyelie segmentär; hier könnte man nur bei dem ersten vorgestellten Fall an Lepra denken, doch hat Patient keine einzige Infiltration der Haut. Bei Leprösen finden sich gewöhnlich Narben an Knie und Ellenbogen, hier sei jedoch davon nichts zu finden. Er muss daher diese beiden Fälle durchaus für Syringomyelie halten.

Dr. L. Schönfeldt verzichtet nach den Ausführungen des Dr. Bergmann noch etwas für die Diagnose Syringomyelie in seinen Fällen zu sagen und bleibt ebenfalls bei seiner Diagnose.

Dr. Voss hat eben eine Ohrenkranke operiert, welche seit Jahren leprös ist. Bei der Kranken ist von den Hautflecken, welche sie vor 10 Jahren gehabt hat, wie eine Photographie des Dr. Reissner beweist, jetzt nichts mehr zu sehen; es lassen sich auch keinerlei Pigmentierungen und Sensibilitätsstörungen konstatieren.

Dr. v. Bergmann ist es wohl bekannt, dass solche Stadien vorkommen, auch bei der tuberösen Form der Lepra; nach einigen Jahren kommen jedoch die Erscheinungen wieder. Gerade bei dem protrahierten Verlauf der Nervenlepra kommen solche Fälle vor; B. wenigstens hat keinen Fall heilen sehen (wie Armauer Hansen es behauptet).

(Fortsetzung folgt.)

Zur Hilfeleistung für notleidende baltische Kollegen.

Die livländische Abteilung des ärztlichen Vereines zu gegenseitiger Hilfe beehrt sich hierdurch, mit wärmstem Dank über folgende weitere Spenden zu quittieren:

Von Dr. Sch. — Uzjäny 5 Rbl., Dr. G. v. O. — Dorpat 25 Rbl., durch Dr. B. — Friedrichstadt 9 Rbl., DDr. S., M. und C. — Arensburg 75 Rbl., vom wissenschaftlichen Verein der Aerzte Mitaus 230 Rbl. 25 Kop., durch Dr. Z. — Libau 100 Rbl., Dr. G. — Bad Nauheim 100 Rbl., von der Dorpater medizinischen Gesellschaft 300 Rbl., von den Mitgliedern der Dorpater medizinischen Gesellschaft 256 Rbl., Dr. Sch. — Pernau 50 Rbl., Dr. G. — Lublin 10 Rbl., Dr. P. — Jusowka 10 Rbl., von Frau H. v. S. 30 Rbl., von Petersburger Kollegen (durch die Red. d. St. Pet. med. W., weiterer Beitrag) 95 Rbl., von den Rigaer Kollegen 1000 Rbl., Dr. W. — Odessa 20 Rbl., aus Dresden 465 Rbl. 75 Kop., Frl. J. v. S. — Dorpat 50 Rbl. — zusammen mit den früher bereits quittierten 1102 Rbl. in Summa 3933 Rbl.

d. z. Kassierer Dr. med. A. Lezius.

Dorpat, Rigasche Str. 35,
den 10. April 1906.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der Präsident des Medizinalrats Dr. Ragosin hat sich nach Mailand als Delegierter der Russischen Regierung auf der dort stattfindenden internationalen Ausstellung für Sanitätswesen begeben.

— Anlässlich der Eröffnung der neuerbauten Poliklinik in Rom am 8. April n. St. fand auch eine grosse Ehrung des berühmten italienischen Klinikers und Ministers Prof. Dr. Guido Baccelli statt, der in diesem Jahre das 50-jährige Jubiläum seiner Ernennung zum Professor und Direktor der medizinischen Klinik in Rom begeht. An der Feier nahmen auf Einladung des aus den hervorragendsten Klinikern und Gelehrten Italiens bestehenden Nationalkomitees auch viele ausländische Kliniker teil.

— Lombroso-Jubiläum. In der nächsten Woche vollenden sich 25 Jahre, seit Dr. Cesare Lombroso zum ordentlichen Professor der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie an der Turiner Universität ernannt worden ist. Da der berühmte Gelehrte als eine führende Autorität in der kriminellen Anthropologie gilt, so wird der 17. internationale Kongress für kriminelle Anthropologie, welcher in der nächsten Woche (vom 23. April bis 3. Mai n. St.) in Turin tagen wird, unter dem Zeichen von Cesare Lombroso stehen und sich an der Feier des Jubiläums beteiligen.

— Ordensverleihungen: Der St. Stanislausorden I. Klasse — dem Konsultanten bei den Anstalten des Ressorts der Kaiserin Maria, Dr. Th. Laptschinski (St. Petersburg). Der St. Wladimirorden III. Klasse — den Konsultanten der Anstalten desselben Ressorts, Prof. Dr. Woldemar Roth (Moskau) und Dr. Nikolai Lunin (St. Petersburg).

— Bei dem Medizinalrat ist, wie wir dem «R. Wr.» entnehmen, eine Kommision gebildet worden, bestehend aus den Professoren N. Iwanowski (Präses), A. P. Dianin, S. Przibytek, W. Podwyssotzki, G. Chlopin und dem General A. A. Wedenjapin (ebenfalls Mitglied des Medizinalrats), welche einen Entwurf für ein Laboratorium des Medizinalrats ausarbeiten soll. Das Laboratorium wird 4 Abteilungen enthalten: eine hygienische, eine gerichtlich-medizinische, eine pharmazeutische und eine chemische.

— Am 6./19. April hat der Entdecker des Radiums Prof. Pierre Curie in Paris einen tragischen Tod gefunden. Er glitt in der Rue Dauphine auf dem schlüpfrigen Strassenpflaster aus und geriet unter einen Lastwagen, der ihm Kopf und Brust zermalmte, so dass er nach kurzer Zeit verstarb. Der berühmte Gelehrte ist nur 47 Jahre alt geworden.

— Der hiesige Arzt Dr. Wladykin ist, wie der «Her.» erfährt, von der Regierung nach Abessinien abkommandiert worden, um am Hofe des Negus Menelik das Medizinalwesen zu organisieren.

— Der Moskauer Arzt Dr. Michael Sernow, welcher im Sommer in den kaukasischen Bädern praktiziert, ist in St. Petersburg eingetroffen, um an der Spezialkonferenz unter dem Vorsitz des Handelsminister teilzunehmen, die sich mit der Hebung der kaukasischen Mineralbäder befasst.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) In Gouv. Twer der Landschaftsarzt Dr. Wl. A. Unkowski im 37. Lebensjahre am Flecktyphus, mit dem er sich bei der Behandlung der zahlreichen Typhuskranken seines Bezirks infiziert hatte. 2) In Minussinsk (Gouv. Jenisseisk) der Bezirksarzt Dr. Hirsch Friedman im Alter von nahezu 40 Jahren. Der Verstorbene, der auch eine Heilanstalt leitete, gehörte zu den beliebtesten Aerzten der Stadt. 3) In Pleskau der jüngere Arzt des Irkutskischen Inf.-Reg. Dr. Wladimir Andrejew im 32. Lebensjahre. Er hat seine Familie ganz mittellos zurückgelassen.

Von Universitäten, med. Instituten und Kongressen.

— Die Prager deutsche Universität verliert nächstens eines seiner hervorragenden Mitglieder von der medizinischen Fakultät, da der Prof. ord. für Hautkrankheiten, Dr. Philipp Pick, zu Ende des Sommersemesters in den Ruhestand tritt.

— Der Privatdozent der Augenheilkunde an der Universität Tübingen, Prof. Dr. Grunert, der schon zwei Jahre beurlaubt war und jetzt in Bremen wohnt, hat auf seine Lehrtätigkeit verzichtet.

— Auf Grund der Petition der medizinischen Fakultät der Moskauer Universität hat der Minister der Volksaufklärung den Pharmazeuten gestattet, das Examen auf den Provisor-Grad nach Abschluss dreier Semester des Pharmazeuten-Kursus ohne Anhörung des vierten Semesters abzulegen.

— Lichtheim-Stiftung an der Universität Königsberg. Der bekannte Königsberger Kliniker Prof. Dr. Lichtheim hat im Verein mit seiner Gemahlin der Albertus-Universität ein Kapital von 10,000 Mk. als Schenkung überwiesen, das unter dem Namen «Lichtheim-Stiftung» von dem akademischen Senat verwaltet werden soll. Nach dem Statut der Stiftung sollen aus den jährlichen Zinsen erkrankten bedürftigen Studierenden die Mittel zu Badereisen oder zu einem Kuraufenthalt gewährt werden. Ferner sollen solchen bedürftigen Studenten Unterstützungen gewährt werden, die ihres Gesundheitszustandes wegen vorübergehend, das heisst für ein Semester eine auswärtige Universität aufsuchen müssen.

Standesangelegenheiten.

— Zu Wahlmännern für die Wahl von Mitgliedern der Reichsduma sind aus der Zahl der Aerzte gewählt worden: Von der Versammlung der städtischen Wähler des Petersburger Kreises — der Fabrikarzt Dr. D. P. Nikolski; im Zarskoje-Sseloschen Kreise — der Landschaftsarzt Dr. N. A. Kolpakow, der später auch bereits zum Dumamitgliede gewählt worden ist, im Schlüsselburger Kreise — der Arzt des Stadthospitals Dr. A. Nikolajew und im Jamburger Kreise — der Sanitätsarzt der St. Petersburger Gouv. Landschaft Dr. N. Solotawin. Alle diese 4 Aerzte gehören, wie wir dem «R. Wr.» entnehmen, der konstitutionell-demokratischen Partei an. In Petersburg — sind zu Wahlmännern aus der Zahl der Professoren und Lehrer 51 (32 pCt.), aus der Zahl der Aerzte 10 (6,2 pCt.) gewählt worden.

— Der in Warschau vor kurzem verstorbene Arzt Dr. Nestor Buzewitsch, dessen Nekrolog wir in der vorigen Nr. brachten, hat sein ganzes Vermögen der Krakauer Akademie der Wissenschaften testamentarisch vermacht.

— Die Todesstrafe, zu welcher Dr. J. A. Schinkmann vom Kriegsgericht in Tschita verurteilt wurde, ist auf Allerhöchsten Befehl in Zwangsarbeit ohne Frist umgeändert worden.

— Arretiert sind in der letzten Zeit: in Wilna — Dr. Romm und im Gouv. Radom — Dr. Daum.

— Verbannt sind aus ihrem Wohnort: der Moskauer Arzt Dr. Lurje (ins Archangelsche Gouvernement), aus Rostow a. Don — der Schularzt Dr. Ladyschenski, aus dem Chersonschen Gouvernement — der Landschaftsarzt Dr. W. Gindin und Dr. N. Plaksin (St. Petersburg), nachdem er drei Monate in Haft gehalten, per Etappe ins Jakutengebiet.

— Nach einer Zusammenstellung der Verwaltung der Pirogowgesellschaft sind, wie das hiesige Blatt «Sslowo» mitteilt, von den Repressivmassregeln der letzten Zeit aus den Reihen des medizinischen Personals 288 Personen betroffen worden, und zwar sind von Aerzten 13 Personen getödtet oder verwundet, 155 verhaftet und verbannt, 24 aus dem Dienst auf administrative Verfügung entlassen worden; von Veterinärärzten sind 20 arretiert oder entlassen und von Feldschern und Feldscherinnen 16 arretiert worden. («R. Wr.»).

— Die Sonntagsruhe der Aerzte, die, wie wir bereits berichtet haben, in verschiedenen deutschen Aerztekreisen in Erwägung gezogen wurde, ist seit dem 1. April d. J. in Frankfurt a. Main definitiv eingeführt worden.

Ueber die Organisation heisst es in einer Zuschrift des Aerztlichen Vereins, die die «Frankf. Ztg.» wiedergibt: Zweimal am Sonntag hat nunmehr diese Einrichtung funktioniert und sich als völlig durchführbar und gut organisiert erwiesen. Der Aerztliche Verein hat beschlossen, allmählich vorzugehen. Es handelt sich vorläufig nur um eine Sonntag-Nachmittagsruhe von Mittags 12 Uhr an. Zu diesem Zweck hat der Verein die Stadt in sieben Aerztebezirke eingeteilt. An jedem Sonntag- und Feiertag-Nachmittag sind nach dem Turnus zwei Aerzte in jedem Bezirk anwesend, die den ärztlichen Dienst für sich und für ihre Kollegen des Bezirks besorgen, so weit diese den Nachmittag zu ihrer Ruhe und Erholung oder zu einem Ausflug benutzen wollen. Das Publikum und die Patienten sind dabei durchaus in keiner Weise benachteiligt. Die Kranken werden alle ordnungsgemäss von ihren Aerzten am Sonntag Vormittag besucht. Die am Nachmittag neu Erkrankenden werden, wenn ihr Arzt nicht anwesend ist, für einen Besuch mit dem «Arzt vom Dienst» vorlieb nehmen müssen. Wer die Verhältnisse kennt, muss sagen, dass sie sich auf diese Weise durch die Organisation besser gestalten, als sie bisher waren, wo es sich ereignen konnte, dass für einen Erkrankten oder Verunglückten zu fünf oder sechs Aerzten geschickt oder telephoniert werden musste, bis einer zur Hand war. Jetzt wird man gleich beim ersten erfahren, wer im Bezirk und wer im Nachbarbezirk den Dienst hat und zur Stelle ist. Es war ursprünglich geplant, auch die ärztlichen Sprechstunden am Sonntag-Vormittag in Wegfall kommen zu lassen und somit auch den Vormittag für die Aerzte möglichst frei zu machen. Dies ist, wie die Zuschrift meint, «infolge auseinandergehender Bestrebungen, falscher sozialer Auffassungen und veralteter Freiheitsdefinitionen» bisher nicht geglückt. Vielfach ist die Opposition «unter der Flagge der Freiheit und einer phrasenhaften Humanität gesegelt». Die Bestrebung selbst wird aber unterstützt durch die allgemeine bürgerliche und geschäftliche Sonntagsruhe, durch die am Sonntag die Städter ins Freie streben und das Publikum aus den Nachbarstädten und den umliegenden Orten gezwungen ist seine Geschäfte und Einkäufe an Wochentagen in der Stadt zu besorgen.

Kongressnachrichten.

— In Bordeaux fand in der letzten Märzwoche der internationale anatomische Kongress unter Beteiligung einer grossen Anzahl von französischen und auswärtigen medizinischen Gelehrten statt. Die Zahl der Mitglieder belief sich auf mehr als 165. Aus Deutschland waren zugegen die Berliner Professoren Waldeyer und Benda, und aus Jena Prof. Bardeleben.

— Vom XV. internationalen medizinischen Kongress in Lissabon wird telegraphisch gemeldet, dass der König von Portugal in Gegenwart der königlichen Familie und Würdenträger den Kongress am 6./19. April eröffnet hat. Zahlreiche deutsche, englische, belgische, holländische, russische Delegierte und Aerzte wohnten der Feier bei. Der König feierte in einer Ansprache die intellektuelle, moralische und soziale Solidarität und sprach den Wunsch aus, dass wissenschaftliche Kämpfe die alleinigen internationalen Kämpfe der Zukunft sein möchten. Darauf hiess der Monarch die Gelehrten aus der ganzen Welt willkommen. Zur Erinnerung an den Kongress wurde jedem Kongressteilnehmer eine Medaille überreicht. Den ehrenvollen Auftrag, die Medaille zu entwerfen, erhielt der Pariser Chirurg Dr. Paul Nischer, der ein hervorragender Künstler und Mitglied der Akademie der schönen Künste ist. Die von Nicher entworfene Denkmünze ist in Paris geprägt worden. Auf der einen Seite sieht man eine symbolische Darstellung der Wissenschaft, auf der anderen ein Panorama von Lissabon mit dem Wappen und der Devise dieser Stadt und mit der Inschrift: «XV Congreso internacional de medicina Lisboa 19—26 abril 1906».

— Für den 2. Internationalen Schul-Hygiene-Kongress, der im August im Londoner Königlichen Gesundheitsamt (Royal Sanitary Institute) abgehalten wird, trifft man in England weitgehende Vorbereitungen. Der 1. Kongress für Schulhygiene fand bekanntlich im Jahre 1904 in Nürnberg statt. Jedermann, der in Erziehungsfragen interessiert ist, ist eingeladen worden; viele hervorragende Schulmänner und Mediziner haben zugesagt, Vorträge zu halten. Mit dem Kongress wird eine Ausstellung schulhygienischer Einrichtungen auf wissenschaftlicher Grundlage aus allen Ländern Europas verbunden sein. Die fremden Gäste und Besucher der Ausstellung sollen vom Lordmayor (Oberbürgermeister) von London im Mansionhouse (Stadthalle) empfangen werden. Man hofft, mit dem Londoner Kongress einen ähnlichen Erfolg wie vor zwei Jahren in Nürnberg zu erzielen.

Epidemiologisches.

— Meningitis cerebro-spinalis. Die Genickstarre, welche im verflossenen Jahre zahlreiche Opfer im preussischen Staate, namentlich in Schlesien, forderte, ist neuerdings wieder in Posen und Oberschlesien aufgetreten. Auch aus Lodz werden in letzter Zeit mehrere Fälle von Genickstarre gemeldet. Es ist daher erfreulich, dass die Wissenschaft sich,

wie es scheint, mit Erfolg bemüht. diese mörderische Krankheit zu bekämpfen. Im Institute für Infektionskrankheiten haben die Professoren Dr. Kolle und Dr. A. Wassermann mit Unterstützung von Dr. Kutscher und Dr. Citron Untersuchungen über die Gewinnung eines Heilserums gegen Genickstarre angestellt. Sie sind dabei, wie sie in der «Deutschen med. Wochenschr.» mitteilen, zu den folgenden Ergebnissen gelangt: Nachdem durch unsere Versuche der Beweis geliefert ist, dass bei Pferden durch Einführung grosser Mengen von Meningokokken bezw. Meningokokken-Extrakten, abgesehen von den Agglutininen und Bakteriotropinen, spezifische Stoffe, welche in vitro und im Tierkörper ihre Wirksamkeit entfalten und nur Ambozeptoren sein können, erzeugt werden können, drängt sich die Frage auf, ob nicht jetzt schon das Serum am Menschen zur Anwendung kommen solle. Es käme dafür sowohl die Schutzimpfung in prophylaktischer Hinsicht beim gesunden, als die therapeutische Verwendung beim kranken Menschen in Betracht. Vorläufig glauben wir mehr auf die letztere Nachdruck legen zu sollen, da zu erwarten steht, dass bei der Anwendung des Serums an Erkrankten sicherer und rascher sich Erfahrungen über den Wert des Serums sammeln lassen. Anderseits wissen wir, dass jedes Immunserum, welches therapeutische Erfolge erzielt, mit Sicherheit prophylaktischen Wert besitzt. Die anzuwendenden Dosen können naturgemäss endgiltig erst in praxi erprobt werden. Wir möchten aber, gestützt auf Erfahrungen mit anderen Serumpräparaten, bestimmte Vorschläge machen. Wir empfehlen eine einmalige Injektion, die möglichst frühzeitig zu erfolgen hat. Als Dose würden wir 10 ccm. vorschlagen. Diese Mengen haben sich im Tierversuch auf das Körpergewicht der Tiere berechnet, als vollkommen unschädlich erwiesen. Das Serum ist, bis zu einem Gehalt von 0,4 v. H. mit Karbol versetzt, im Institut zur sofortigen Verwendung in der Praxis fertig gestellt zur Verfügung. Die Injektion hat subkutan zu erfolgen.

Verschiedene Mitteilungen.

— Esperanto als Sprache der Wissenschaft. Die jüngste Weltsprache, das Esperanto, erobert sich jetzt auch ihre Stelle in der Wissenschaft. In der Pariser medizinischen Fakultät wurde dieser Tage über die Terminologie eines technischen Universallexikons der Pharmakologie diskutiert. Das Werk sollte in neun lebenden Sprachen, die die grösste Verbreitung haben, redigiert werden. Auf Antrag mehrerer Gelehrter wurde jedoch das Esperanto als zehnte Sprache hinzugefügt.

— Bei der Lokalverwaltung des Moskauer Roten Kreuzes wurde ein Seraphim-Zirkel organisiert, welcher sich die Vorbereitung von barmherzigen Brüdern für die erste Krankenhilfe bei Unfällen zur Aufgabe stellt. Es soll zu diesem Zweck eine Spezialschule eröffnet werden.

— Zur Beförderung von Kranken auf Eisenbahnen ist in Deutschland neuerdings eine nachamenswerte Einrichtung getroffen. Es ist eine Anzahl Stationen der preussisch-hessischen Staatsbahnen mit Tragbetten ausgerüstet worden. In Berlin befinden sich diese Betten auf den Stationen Anhalter Bahnhof, Friedrichstrasse und Stettiner Bahnhof. Der Kranke kann in dem Bett von der Wohnung oder der Unfallstelle abgeholt, ohne Umbettung in einem eigenen Wagenabteil, wohin das Bett gestellt wird, weiter befördert und auf der Bestimmungsstation vom Bahnhof wieder bis an die neue Lagerstätte im Krankenhaus, in der Klinik oder in der Wohnung u. s. w. getragen werden. Bettstücke nebst Bettbezügen und Decken hat der Kranke selbst herzugeben. Die Tragbetten können bei allen Stationen und Haltestellen der preussischen Staatsbahnen, die auch nähere Auskunft über die Einrichtung erteilen, nötigenfalls telegraphisch angefordert und zur Beförderung nach sämtlichen Stationen und Haltestellen dieser Bahnen verwendet werden, sofern dort für die Entladung Hilfskräfte zur Verfügung stehen. Die Betten werden jedoch nur in Abteilwagen dritter Klasse mit getrennten und abschliessbaren Aborten eingestellt und in Fernzügen, die dritte Klasse führen, befördert. Die Beförderung in Wagen mit innerem Durchgang oder in D-Zügen ist ausgeschlossen. Für den Kranken sind zwei Fahrkarten dritter Klasse und je eine Fahrkarte dritter Klasse für jeden Begleiter zu lösen. Weitere Gebühren werden nicht erhoben. Auch für Benutzung der Tragbetten zur Beförderung der Kranken nach und von den Bahnhöfen ist eine Gebühr nicht zu bezahlen. Soweit jedoch zur Beförderung des Krankenbetts zwischen Wohnung oder Krankenhaus und Station etwa verfügbare Eisenbahnbedienstete (Gepäckträger u. s. w.) in Anspruch genommen werden, ist deren Tätigkeit nach dem Gepäckträgertarif zu vergüten. Die Beschaffung der zur Bedienung der Tragbetten erforderlichen Personen ist Sache der Kranken; die Eisenbahnbediensteten haben aber hierbei, namentlich beim Hineinheben in die Wagen und beim Herausnehmen Hilfe zu leisten.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 25. März d. J. 11520 (298 wen. als in der Vorwoche), darunter 1005 Typhus — (21 wen.), 1145 Syphilis — (38 wen.), 406 Scharlach — (6 wen.), 169 Diphtherie — (1 wen.), 98 Masern — (6 mehr), und 15 Pockenkranke — (2 wen. als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche von 19. bis zum 25. März d. J. im ganzen 851 (450 M., 401 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 1, Typhus abdom. 20, Febris recurrens 3, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 43, Scharlach 30, Diphtherie 15, Croup 0, Keuchhusten 11, Croupöse Lungenentzündung 21, Erysipelas 8, Grippe 9, Katarrhalische Lungenentzündung 88, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 13, Tuberkulose der Lungen 102, Tuberkulose anderer Organe 20, Alkoholismus und Dilirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 61, Marasmus senilis 36, Krankheiten des Verdauungskanals 128, Totgeborene 30.

Am 1. April d. J. betrug die Zahl der Kranken 10465 (1055 wen. als in der Vorwoche), darunter 886 Typhus — (119 wen.), 937 Syphilis — (208 wen.), 330 Scharlach — (76 wen.), 148 Diphtherie — (21 wen.), 102 Masern — (4 mehr) und 15 Pockenkranke (0 mehr als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 26. März bis 1. April d. J. im ganzen 913 (485 M., 428 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 1, Typh. abd. 19, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 35, Scharlach 26, Diphtherie 25, Croup 0, Keuchhusten 10, Croupöse Lungenentzündung 37, Erysipelas 4, Grippe 10, Katarrhalische Lungenentzündung 105, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 13, Tuberculose der Lungen 107, Tuberculose anderer Organe 36, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 57, Marasmus senilis 24, Krankheiten der Verdauungsorgane 107, Totgeborene 38.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 25. April 1906.

Tagesordnung: Schiele: Die Bedeutung der Cystoskopie bei Nierenkrankheiten.

Fuhrmann: Zur Frage der Säuglingsernährung.

Beschlussfassung über den Verbleib der Bibliothek.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 8. Mai 1906.

Beschlussfassung über den Verbleib der Bibliothek.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersb., Petb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 16 St. Petersburg, den 22. April (5. Mai). 1906.

Sechster Bericht über die Tätigkeit des Evangelischen Sanatoriums für Lungenkranke zu Pitkäjärvi.

1. Januar bis zum 31. Dezember 1904.

Von
Direktor Dr. Alexander von Pezold.

Im Evangelischen Sanatorium zu Pitkäjärvi sind vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 1904 im ganzen 97 Personen verpflegt worden, von diesen waren 17 aus dem Vorjahr übernommen. 69 haben bis zum 31. Dezember die Anstalt verlassen und verbleiben somit 28 zum 1. Januar 1905.

Die Gesamtzahl der Verpflegungstage beträgt 8588 und zwar sind davon:

Verpflegungstage der Patienten	7588
„ „ Erholungsbedürftigen	45
„ „ Begleitpersonen	593
„ „ Besucher	362
Total =	8588

Die Frequenzziffer des Evangelischen Sanatoriums für Lungenkranke zu Pitkäjärvi veranschaulicht folgende Kurve, wobei jedoch nur diejenigen gerechnet werden, deren Aufenthalt ohne Unterbrechung sich auf mindestens 1 Monat erstreckte.

Von den 97 Verpflegten waren:

männlichen Geschlechts	37	= 38,1	pCt.
weiblichen Geschlechts	60	= 61,9	„
ledig	60	= 61,9	„
verheiratet	36	= 37,1	„
verwitwet	1	= 1,0	„

Der Konfession nach waren:

Evangelisch-lutherisch	51	= 52,6	pCt.
Griechisch-katholisch	38	= 39,2	„
Römisch-katholisch	7	= 7,2	„
Mosaisch	1	= 1,0	„

Der Staatsangehörigkeit nach waren:

Russ. Untertanen	aus dem Reiche	40	89	= 91,8	pCt.
	aus d. balt. Prov.	48			
	aus Finnland	1			
Deutsche Untertanen			4	= 4,1	„
Griechische Untertanen			2	= 2,1	„
Türkische Untertanen			1	= 1,0	„
Französische Reichsangehörige			1	= 1,0	„

Der Nationalität nach waren:

Deutsche	37	= 38,1	pCt.
Russen	36	= 37,1	„
Polen	2	= 2,1	„
Esten	8	= 8,2	„
Schweden	2	= 2,1	„
Letten	6	= 6,2	„
Juden	1	= 1,0	„
Litthauer	1	= 1,0	„
Griechen	2	= 2,1	„
Franzosen	2	= 2,1	„

Dem Stande nach gehörten zum:

Adels- und Exemptenstande	7	= 7,2	pCt.
Literatenstande	46	= 47,4	„
Bürgerstande	38	= 39,2	„
Bauerstande	6	= 6,2	„

In den folgenden Aufzeichnungen sind nur die tuberkulösen Lungenkranken berücksichtigt, und zwar nur diejenigen, welche im Berichtsjahr ihre Kur abgeschlossen haben, da dieses einen richtigeren Einblick gestattet, als wenn alle im Laufe des Jahres überhaupt verpflegten Patienten in Betracht gezogen würden. Zum Vergleich seien auch die entsprechenden Daten des Vorjahres erwähnt. Da zwei von den Kranken sich bereits nach 4 Tagen der Behandlung entzogen, so ist diesem Umstand bei den nachfolgenden Angaben, um richtige statistische Erhebungen zu erhalten, entsprechend Rechnung getragen worden, weil eine Berücksichtigung derselben bei manchen der nachfolgenden Angaben kein übersichtliches Bild bieten würde.

Die Dauer des Kuraufenthalts der 61 Patienten, welche im Berichtsjahr zur Entlassung kamen, beträgt 5386 Tage, was nach Abzug von 2 Insassen die sich blos à 4 Tage in der Anstalt aufhielten, 5378 Tage ausmacht. Somit ergiebt sich für den Einzelnen eine durchschnittliche Kurdauer von 91 Tagen, gegen 94,5 Tage im Vorjahre. Diese Kurtage verteilen sich auf die einzelnen Stadien in folgender Weise:

Es kamen:

	Berichtsjahr:	Vorjahr:
auf das I. Stadium:	1392 Kurtage	1847 Kurtage
„ „ II. „	1570 „	1523 „
„ III. „	2416 „	3155 „

Durchschnittlich kamen:

	Berichtsjahr:	Vorjahr:
auf das I. Stadium:	87 Kurtage	84 Kurtage
„ „ II. „	93 „	85 „
„ „ III. „	93 „	113 „

Nach dem Lebensalter verteilen sich die 59 Patienten des Berichtsjahres sowie die 68 Patienten des Vorjahres, die ihre Kuren abgeschlossen hatten wie folgt:

Alter:	Berichtsjahr: pCt.	Vorjahr: pCt.
5—10	1 = 1,7	— = —
10—15	— = —	— = —
15—20	8 = 13,5	10 = 14,8
20—25	14 = 23,8	19 = 27,9
25—30	14 = 23,8	14 = 20,6
30—35	8 = 13,5	9 = 13,2
35—40	11 = 18,7	11 = 16,1
40—45	3 = 5,0	3 = 4,4
45—50	— = —	1 = 1,5
50—55	— = —	1 = 1,5

Was die Beschäftigung resp. den Beruf anbetrifft, so waren:

	Berichtsjahr: pCt.	Vorjahr: pCt.
Beschäftigungslose	16 = 27,1	14 = 20,6
Kontoristen u. Kaufleute	10 = 17,0	13 = 19,1
Schüler	2 = 3,4	7 = 10,3
Studenten	4 = 6,8	5 = 7,3
Lehrer und Lehrerinnen	8 = 13,6	2 = 2,9
Juristen	3 = 5,0	2 = 2,9
Aerzte	1 = 1,7	1 = 1,5
Theologen	— = —	3 = 4,4
Ingenieure	— = —	3 = 4,4
Pharmazeuten	2 = 3,4	1 = 1,5
Zahnärzte	1 = 1,7	1 = 1,5
Fabrikanten	1 = 1,7	— = —
Landwirte	3 = 5,0	— = —
Künstler	2 = 3,4	1 = 1,5
Marineoffiziere	— = —	1 = 1,5
Kammerpagen	— — —	1 = 1,5
Beamte	2 = 3,4	2 = 2,9
Techniker	1 = 1,7	4 = 5,9
Stütze der Hausfrau	2 = 3,4	— = —
Barmherzige Schwestern	— = —	3 = 4,4
Handwerker	1 = 1,7	4 = 5,9

Hinsichtlich hereditärer Momente liessen sich folgende Angaben feststellen:

	Berichtsjahr pCt.	Vorjahr pCt.
Es waren direkt oder indirekt belastet	32 Fälle = 54,1	40 Fälle = 58,9
Davon direkt	14 „ = 23,8	14 „ = 20,6
Unbelastet waren	27 „ = 45,9	28 „ = 41,1

Und zwar litten an Tuberkulose:

	Berichtsjahr pCt.	Vorjahr pCt.
Brüder	5 = 8,5	7 = 10,3
Schwestern	2 = 3,4	9 = 13,2
Brüder und Schwestern	2 = 3,4	3 = 4,4
Vater	1 = 1,7	3 = 4,4
Mutter	7 = 11,9	9 = 13,2
Beide Eltern	2 = 3,4	1 = 1,5
Geschwister des Vaters	6 = 10,2	7 = 10,3
Geschwister der Mutter	5 = 8,5	4 = 5,9
Grossvater	3 = 5,0	1 = 1,5
Grossmutter	3 = 5,0	4 = 5,9
Geschwister der Grossmutter	— = —	3 = 4,4
Urgrossvater	1 = 1,7	— = —
Urgrossmutter	1 = 1,7	1 = 1,5
Beide Urgrosseltern	— —	1 = 1,5

Maligne Tumoren in der Ascendenz konnten in 6 Fällen = 10,2 pCt. (Vorjahr 3 Fällen = 4,4 pCt.) eruiert werden.

Es litten an Carcinoma:

	Berichtsjahr pCt.	Vorjahr pCt.
Vater	4 = 6,8	2 = 2,9
Mutter	1 = 1,7	1 = 1,5
Grossmutter	1 = 1,7	— = —

Geisteskrankheiten wurden 5 mal (gegen 5 im Vorjahr) = 8,5 pCt. angegeben und zwar:

	Berichtsjahr pCt.	Vorjahr pCt.
Bei der Mutter	1 = 1,7	1 = 1,5
Beim Bruder	— = —	1 = 1,5
Bei der Schwester	1 = 1,7	— = —
Beim Bruder des Vaters	— = —	1 = 1,5
Bei der Schwester des Vaters	1 = 1,7	— = —
Beim Grossvater	1 = 1,7	— = —
Bei der Grossmutter	1 = 1,7	— = —
Beim Vater beider Grossväter	— = —	1 = 1,5
Beim Grossvater der Grossmutter	— = —	1 = 1,5

Polymortalität der Geschwister war vorhanden in 7 Fällen = 11,9 pCt. gegen 6 Fälle = 8,8 pCt. des Vorjahres.

Im Einzelnen ergeben sich folgende Kombinationen besonders schwer belasteter Fälle:

1. 281 (247). Die Mutter war geisteskrank, ein Bruder der Patientin an Meningitis tub. und die Mutter ihres Vaters an Tuberkulosis pulm. gestorben. Die Mutter der Mutter an Carcinoma mammae gestorben.

2. 282 (249). Der Patient als Kind skrophulös. Die Mutter an Phthisis pulm — Vater an Peritonitis tub. gestorben. Grossvater der Mutter so wie mehrere Brüder des Vaters an Phthisis pulm. gestorben.

3. 287 (254). Die Mutter sowie deren Schwester an Tuberkul. pulm. ein Bruder der Patientin an Tuberkul. laryngis gestorben.

4. 288 (255). Der Patient ist das fünfte von acht Kindern, von denen vier ganz klein gestorben sind. Der Vater, gestorben an Carcinoma hepatis, der Bruder der Mutter, sowie die Urgrossmutter an Phthisis pulm. gestorben.

5. 290 (257). Die Mutter der Patientin an Phthisis laryngis, die Schwester an Meningitis tub. gestorben. Patientin litt als Kind an Skrophulosis.

6. 291 (258). Die Patientin ist das neunte von zehn Kindern, hat sieben mal geboren und waren alle Geburten sehr schwer. Die Mutter der Patientin, sowie vier Geschwister an Phthisis pulm. gestorben, eine Schwester Tuberkul. pulm. geheilt.

7. 296 (263). Die Patientin ist das dritte von vier Kindern. Die Mutter, welche das elfte von 12 Kindern war, deren beide Eltern und alle Geschwister der Mutter vor dem 25. Jahr gestorben an Phthisis pulm.

8. 304 (272). Die Mutter der Patientin, sowie Grossmutter gestorben an Phthisis pulm. Eine Schwester des Vaters gestorben an Phthisis pulm., eine andere ist geisteskrank.

9) 305 (273). Die Patientin war stets ein schwächliches Kind, hat Skoliosis, sie ist das achte von zwölf Geschwistern, von denen sechs ganz klein gestorben sind, zwei im Alter von 14 und 18 an Tuberkulosis pulm. gestorben, desgleichen starb der Bruder des Vaters an Phthisis pulm.

10. 308 (276). Der Patient war schwächliches Kind und stets ein schlechter Esser. Ein Bruder und eine Schwester leiden an Tuberkul. pulm., ein Bruder der Mutter gestorben an Tuberkul. pulm.

11. 339 (303). Der Patient ist das fünfte von zwölf Kindern, von welchen fünf ganz klein, die übrigen im Alter von fünf bis zehn Jahren gestorben sind. Der Vater gestorben an Carcinoma pylori.

12. 347 (311). Die Patientin ist das siebente von 7 Kindern, war stets schwächlich und hatte drei mal Lungenentzündung. Beide Eltern, ein Bruder der Patientin, sowie der Vater der Mutter an Phthisis pulm., drei Schwestern der Patientin an Meningitis tub. gestorben.

Infektion wurde in 7 Fällen = 11,9 pCt. (Vorjahr 2 Fälle) angegeben.

	Berichtsjahr	pCt.	Vorjahr	pCt.
Von Seiten des Ehegatten .	2 mal	= 3,4	1 mal	= 1,5
„ „ „ Bruders .	1 „	= 1,7	1 „	= 1,5
„ „ „ Stubengen.	1 „	= 1,7	— „	—
„ „ „ Berufsgen.	1 „	= 1,7	— „	—
„ „ „ Freundes .	1 „	= 1,7	— „	—
Im Beruf (Arzt)	1 „	= 1,7	— „	—

Sonstige prädisponierende Momente für die Erkrankung bestanden in:

	Berichtsjahr: pCt.	Vorjahr: pCt.
Brehmer'scher Belastung *) .	6 = 10,2	11 = 16,1
Schwächl. Konstitution. . .	23 = 38,9	16 = 23,5
Gracilem Körperbau . . .	13 = 22,0	17 = 25,0
Habitus paralyticus . . .	14 = 23,8	12 = 17,7
Verkümmertem Thorax . .	7 = 11,9	3 = 4,4
	(5 Pect. carin.)	(1 Pect. carin.)
Skoliosis	— = —	3 = 4,4
Kyphosis	3 = 5,0	1 = 1,5
Kyphoskoliosis	3 = 5,0	3 = 4,4
Raschem Wachstum. . . .	1 = 1,7	1 = 1,5
Neigung zu Katarrhen. . .	7 = 11,9	15 = 22,0
Körperlichen Anstrengungen.	11 = 18,7	13 = 19,1
Geistigen Anstrengungen . .	10 = 17,0	12 = 17,7
	(6 Examen)	(4 Examen)
Exzessen	3 = 5,0	2 = 2,9
Potatorium.	2 = 3,4	6 = 8,8
Chron. Morphinismus . . .	— —	1 = 1,5
Schlechte Esser waren. . .	6 = 10,2	2 = 2,9
Schlechten hygien. Verhältn.	1 = 1,7	3 = 4,4

*) Brehmer bezeichnet die jüngsten Kinder sehr kinderreicher Ehen als zur Tuberkulose besonders disponiert.

Vor Ausbruch der jetzigen Erkrankung litten an:

	Berichtsjahr: pCt.	Vorjahr: pCt.
Skrophulose	6 = 10,2	12 = 17,7
Tuberkulose and Organe . .	2 = 3,4	7 = 10,3
Rhachitis	3 = 5,0	4 = 5,9
Chlorose und Anämie. . .	12 = 20,3	7 = 10,3
Agrypnie	4 = 6,8	6 = 8,8
Nervenkrankheiten (bes. Hysterie und Neurasthenie) .	8 = 13,6	12 = 17,7
Epilepsie	— = —	1 = 1,5
Chron. Magen- und Darmerkrankungen	7 = 11,9	17 = 2,5
Haemorrhoiden	2 = 3,4	1 = 1,5
Leberleiden	— = —	1 = 1,5
Ikterus.	2 = 3,4	— = —
Typhlitis (Perityphlitis) . .	2 = 3,4	1 = 1,5
Chron. gynäkolog. Krankheiten	2 = 3,4	4 = 5,9
Aborte	4 = 6,8	— = —
Hernien.	1 = 1,7	— = —
Nierenkrankheiten	2 = 3,4	3 = 4,4
Häufige Epistaxis	1 = 1,7	1 = 1,5
Häufige Kopfschmerzen . .	5 = 8,5	7 = 10,3
Ischias	— = —	1 = 1,5
Nasenleiden	1 = 1,7	3 = 4,4
Otitis media	2 = 3,4	1 = 1,5
Angina	2 = 3,4	5 = 7,3
Laryngitis.	3 = 5,0	4 = 6,0
Bronchitis	8 = 13,6	10 = 14,8
Pleuritis	11 = 18,7	12 = 17,7
Pneumonie.	15 = 25,4	17 — 25,0
Pertussis	11 = 18,7	14 = 20,6
Croup	1 = 1,7	1 = 1,5
Parotitis epidemica	4 = 6,8	3 = 1,4
Influenza	12 = 20,3	11 = 16,1
Meningitis.	— = —	— = —
Rubeola.	1 = 1,7	11 = 16,1
Varicellae	11 = 18,7	12 = 17,7
Morbilli.	26 = 44,0	48 = 70,6
Scarlatina	21 = 35,6	27 = 39,7
Diphtherie.	13 = 22,0	9 = 13,2
Variola	3 = 5,0	3 = 4,4
Dysenterie.	1 = 1,7	1 = 1,5
Polyarthritis	1 = 1,7	5 = 7,3
Typhus abdominalis. . . .	8 = 13,6	15 = 22,1
Typhus exanthematicus . .	1 = 1,7	— = —
Malaria.	3 = 5,0	5 = 7,3
Lues.	1 = 1,7	4 = 5,9
Gonorrhöe	8 = 13,6	15 = 22,0
Cystitis	— = —	2 = 2,9
Lipoma	— = —	1 = 1,5
Skleroma	1 = 1,7	— = —
Trauma (infolge eines Versuches von Suicidium) . .	1 = 1,7	1 = 1,5

Der Beginn der Lungentuberkulose wurde von den Patienten angegeben als vor:

Zeitraum:	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Vor 1/4 Jahr. .	5 mal	= 8,5	8 mal	= 11,8
1/4—1/2 „ . .	7 „	= 11,9	10 „	= 14,8
1/2— 1 „ . .	11 „	= 18,7	12 „	= 17,7
1— 2 „ . .	11 „	= 18,7	14 „	= 20,6
2— 3 „ . .	10 „	= 17,0	6 „	= 8,8
3— 4 „ . .	3 „	= 5,0	2 „	= 2,9
4— 5 „ . .	3 „	= 5,0	5 „	= 7,3
5— 6 „ . .	4 „	= 6,8	3 „	= 4,4
6— 7 „ . .	3 „	= 5,0	2 „	= 2,9
7— 9 „ . .	1 „	= 1,7	2 „	= 2,9
9—12 „ . .	— „	= —	3 „	= 4,4
12—23 „ . .	1 „	= 1,7	1 „	= 1,5

Der Ausbruch erfolgte im direkten Anschluss an:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Influenza	9 mal	= 15,3	5 mal	= 7,3
Pneumonie u. Pleuritis	7 „	= 11,9	6 „	= 8,8
Bronchitis	1 „	= 1,7	1 „	= 1,5
Pertussis	— „	= —	1 „	= 1,5
Typhus abdom.	1 „	= 1,7	1 „	= 1,5
Trauma	1 „	= 1,7	— „	= —
Abort	1 „	= 1,7	— „	= —
Laktation	1 „	= 1,7	1 „	= 1,5
Erkältung	7 „	= 11,9	11 „	= 16,1
Morbilli	1 „	= 1,7	— „	= —

Es manifestierte sich die Krankheit mit:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Initialer Haemoptoe	9 mal	= 15,3	10 mal	= 14,8
Husten allein	10 „	= 17,0	10 „	= 14,8
Fieber allein	6 „	= 10,2	1 „	= 1,5
Husten und Fieber	30 „	= 50,8	23 „	= 33,8
Husten u. Auswurf	13 „	= 22,0	8 „	= 11,8
Heiserkeit	9 „	= 15,3	3 „	= 4,4
Gastrischen Erscheinungen	2 „	= 3,4	1 „	= 1,5
Appetitlosigkeit	10 „	= 17,0	26 „	= 38,2
Abmagerung und Ermüdungsgefühl	31 „	= 52,5	14 „	= 20,6
Brustschmerzen	11 „	= 18,7	10 „	= 14,8
Nachtschweissen	16 „	= 27,1	15 „	= 22,0
Dyspnoe	3 „	= 5,0	5 „	= 7,3

Nach dem Grade der Erkrankung unterscheiden wir leichte, mittelschwere und schwere Fälle nach dem von Turban**) angegebenen Schema.

Turban's Einteilung lautet:

I. Stadium: Leichte, höchstens auf das Volumen eines oder zweier halber Lappen ausgedehnte Erkrankung.

II. Stadium: Leichte, weiter als I, aber höchstens auf das Volumen zweier Lappen ausgedehnte Erkrankung, oder schwere auf das Volumen eines Lappens ausgedehnte Erkrankung.

III. Alle Erkrankungen, die über II hinausgehen.

Es gehörten zum:

Stadium:			Berichtsjahr:	pCt.		Vorjahr:	pCt.
I	männl.	5	16	= 27,1	14	22	= 32,3
	weibl.	11			8		
II	männl.	9	17	= 28,8	13	18	= 26,5
	weibl.	8			5		
III	männl.	12	26	= 44,1	16	28	= 41,2
	weibl.	14			12		

Was die Lokalisation des Prozesses anbelangt, so waren ergriffen:

	Berichtsjahr: pCt.	Vorjahr: pCt.
Beide Lungen	40 = 67,8	55 = 81,0
Rechte Lunge allein	15 = 25,4	11 = 16,1
Linke Lunge allein	4 = 6,8	2 = 2,9

Nach dem Bazillenbefunde war das Ergebnis:

	Berichtsjahr: pCt.	Vorjahr: pCt.
Eintritt, Austritt positiv	32 = 54,2	29 = 40,8
Eintritt positiv, Austritt negativ	19 = 32,2	31 = 43,7
Eintritt, Austritt negativ	8 = 13,6	11 = 15,5
Eintritt negativ, Austritt positiv	— = —	— = —

Von den 8 Fällen geschlossener Tuberkulose wurde von 5 (gegen 7 im Vorjahr) während ihres Aufenthalts im Sanatorium kein Sputum produziert.

Das Fieber war:

	Berichtsjahr: pCt.	Vorjahr: pCt.
Eintritt, Austritt positiv	21 = 35,6	14 = 19,7
Eintritt positiv, Austritt negativ	34 = 57,6	37 = 52,1
Eintritt, Austritt negativ	3 = 5,1	20 = 28,2
Eintritt negativ, Austritt positiv	1 = 1,7	— = —

Ueber Nachtschweisse beim Eintritt klagten 45 = 76,3 pCt. gegen 46 = 64 pCt. im Vorjahr.

Haemoptoen bei der Anamnese wurden in 31 Fällen = 52,5 pCt. gegen 40 = 58,9 pCt. im Vorjahre angegeben.

Während der Anstaltskur kamen 4 mal = 6,8 pCt. (Vorjahr 3 mal = 4,4 pCt.) Haemoptoen vor, wobei geringe Blutbeimengungen, wie sie wohl bei jedem Tuberkulösen ab und zu im Sputum beobachtet werden, nicht gerechnet werden.

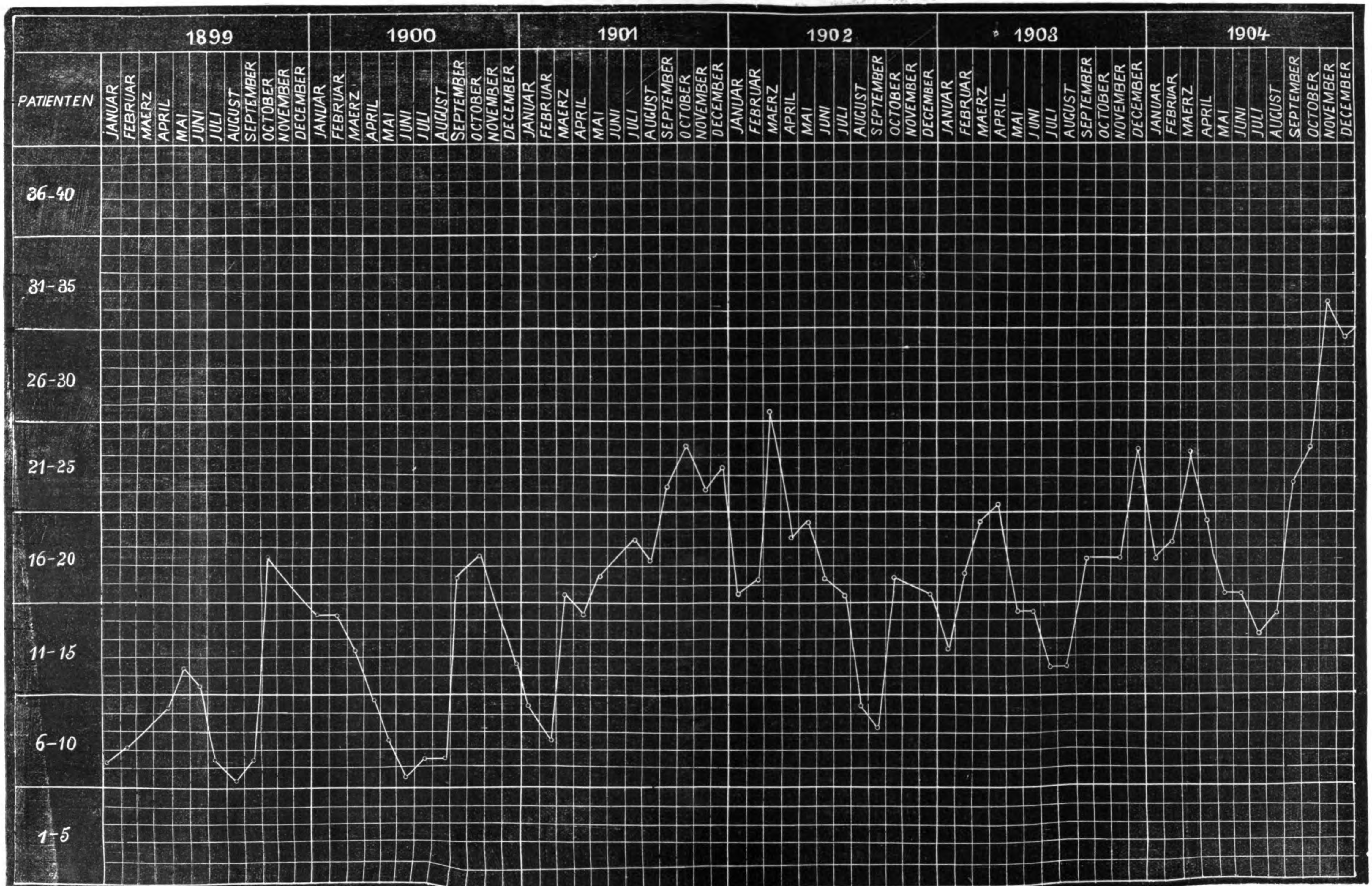
Raucher waren von den 59 Patienten 24 = 40,7 pCt. (Vorjahr 26 = 38,2 pCt.)

In folgenden Tabellen sei die Körperlänge der 57 Patienten gegeben da bei zweien Messungen nicht vorgenommen wurden. Die zweite Tabelle enthält dann die Körpergrösse der 29 Lungenbluter (da 2 nicht gemessen wurden).

Berichtsjahr:

Tabelle I.				Tabelle II.			
Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.	Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.
133	—	1	1	133	—	—	—
140	—	1	1	140	—	1	1
143	—	—	—	143	—	—	—
148	—	—	—	148	—	—	—
149	—	3	3	149	—	2	2
150	—	—	—	150	—	—	—
151	—	1	1	151	—	1	1
152	—	—	—	152	—	—	—
153	—	1	1	153	—	1	1
154	1	1	2	154	1	—	1
155	—	1	1	155	—	—	—
156	—	—	—	156	—	—	—
157	—	1	1	157	—	1	1
158	1	3	4	158	—	2	2
159	—	2	2	159	—	2	2
160	1	3	4	160	1	1	2
161	—	2	2	161	—	1	1
162	—	4	4	162	—	2	2
163	—	2	2	163	—	1	1
164	—	—	—	164	—	—	—
165	—	2	2	165	—	1	1
166	2	1	3	166	1	—	1
167	—	—	—	167	—	—	—
168	2	1	3	168	1	—	1
169	1	—	1	169	—	—	—
170	2	1	3	170	1	—	1
171	1	1	2	171	1	1	2
172	3	—	3	172	1	—	1
173	1	—	1	173	—	—	—
174	1	1	2	174	1	—	1
175	1	—	1	175	—	—	—
176	1	—	1	176	1	—	1
177	1	—	1	177	1	—	1
178	2	—	2	178	—	—	—
179	1	—	1	179	—	—	—
180	—	—	—	180	—	—	—
181	—	—	—	181	—	—	—
182	—	—	—	182	—	—	—
183	—	—	—	183	—	—	—
184	—	—	—	184	—	—	—
185	—	—	—	185	—	—	—
186	—		—	186	—	—	—
187	—	—	—	187	—	—	—
188	2	—	2	188	2	—	2

**) Ueber beginnende Lungentuberkulose und über die Einteilung der Krankheit in Stadien, Wiesbaden 1899.


1899
1900
1901
1902
1903
1904
PATIENTEN
JANUAR
FEBRUAR
MAERZ
APRIL
MAI
JUNI
JULI
AUGUST
SEPTEMBER
OCTOBER
NOVEMBER
DECEMBER
36-40
31-35
26-30
21-25
16-20
11-15
6-10
1-5

Vorjahr:

Cm.	Tabelle I. Männl.	Weibl.	Zus.	Cm.	Tabelle II. Männl.	Weibl.	Zus.
133	1	—	1	133	—	—	—
140	—	—	—	140	—	—	—
143	—	1	1	143	—	1	1
148	—	—	—	148	—	—	—
149	—	1	1	149	—	1	1
150	—	—	—	150	—	—	—
151	—	—	—	151	—	—	—
152	—	—	—	152	—	—	—
153	—	1	1	153	—	1	1
154	—	2	2	154	—	—	—
155	—	1	1	155	—	1	1
156	—	2	2	156	—	1	1
157	—	—	—	157	—	—	—
158	—	2	2	158	—	2	2
159	1	—	1	159	—	—	—
160	—	1	1	160	—	1	1
161	1	—	1	161	1	—	1
162	—	2	2	162	—	—	—
163	1	1	2	163	1	—	1
164	2	2	4	164	2	—	2
165	1	2	3	165	1	1	2
166	—	1	1	166	—	—	—
167	3	3	6	167	1	4	5
168	5	—	5	168	3	—	3
169	1	1	2	169	—	1	1
170	2	1	3	170	2	1	3
171	2	1	3	171	1	—	1
172	6	—	6	172	3	—	3
173	2	1	3	173	1	1	2
174	3	—	3	174	1	1	2
175	1	—	1	175	1	—	1
176	3	—	3	176	2	—	2
177	1	—	1	177	—	—	—
178	2	—	2	178	2	—	2
179	1	—	1	179	1	—	1
180	1	—	1	180	—	—	—
181	—	—	—	181	—	—	—
182	1	—	1	182	—	—	—
183	—	—	—	183	—	—	—
184	1	—	1	184	—	—	—
185	—	—	—	185	—	—	—
186	1	—	1	186	—	—	—
187	—	—	—	187	—	—	—
188	—	—	—	188	—	—	—

Im Nachstehenden seien die Vergleichszahlen gegeben, welche das Verhältnis der Körperlänge aller gemessenen 57 (Vorjahr 68) Patienten zu der der Lungenbluter illustrieren.

Vorjahr:

Körperlänge:	Gesamtzahl:	Lungenbluter:
von 133—140 Cm.	2 = 3,4 pCt.	1 = 1,7 pCt.
„ 141—150 „	3 — 5,0 „	2 = 3,4 „
„ 151—160 „	16 = 27,1 „	10 = 16,9 „
„ 161—170 „	20 = 34,0 „	8 = 13,6 „
„ 171—180 „	14 — 23,8 „	6 = 10,2 „
„ 181—190 „	2 = 3,4 „	2 = 3,4 „

Berichtsjahr:

Körperlänge:	Gesamtzahl:	Lungenbluter:
von 133—140 Cm.	1 = 1,5 pCt.	— = — pCt.
„ 141—150 „	2 = 2,9 „	2 = 2,9 „
„ 151—160 „	10 = 14,8 „	6 = 8,8 „
„ 161—170 „	28 = 41,1 „	18 = 26,5 „
„ 171—180 „	24 = 35,3 „	14 = 20,6 „
„ 181—190 „	3 = 4,4 „	— = — „

Entsprechend zeigen dann den Thoraxumfang aller 57 (Vorjahr 68) Patienten und wiederum der Lungenbluter die beiden nächsten Tabellen:

Berichtsjahr:

Cm.	Tabelle I. Männl.	Weibl.	Zus.	Cm.	Tabelle II. Männl.	Weibl.	Zus.
62	—	1	1	62	—	—	—
64	—	—	—	64	—	—	—
65	—	—	—	65	—	—	—
66	—	—	—	66	—	—	—
67	—	—	—	67	—	—	—
68	—	—	—	68	—	—	—
69	—	—	—	69	—	—	—
70	—	—	—	70	—	—	—
71	1	2	3	71	1	1	2
72	—	3	3	72	—	1	1
73	1	—	1	73	1	—	1
74	—	2	2	74	—	1	1
75	—	4	4	75	—	2	2
76	1	4	5	76	—	4	4
77	—	1	1	77	—	—	—
78	1	—	1	78	—	—	—
79	—	4	4	79	—	2	2
80	—	—	—	80	—	—	—
81	3	2	5	81	—	2	2
82	—	1	1	82	—	—	—
83	3	—	3	83	1	—	1
84	1	3	4	84	1	2	3
85	1	1	2	85	—	—	—
86	2	2	4	86	1	—	1
87	2	—	2	87	1	—	1
88	1	—	1	88	1	—	1
89	2	3	5	89	2	2	4
90	1	—	1	90	—	—	—
91	—	—	—	91	—	—	—
92	1	—	1	92	1	—	1
93	—	—	—	93	—	—	—
94	—	—	—	94	—	—	—
95	1	—	1	95	1	—	1
96	—	—	—	96	—	—	—
97	1	—	1	97	—	—	—
98	—	—	—	98	—	—	—
99	1	—	1	99	—	—	—
100	—	—	—	100	—	—	—

Vorjahr:

Cm.	Tabelle I. Männl.	Weibl.	Zus.	Cm.	Tabelle II. Männl.	Weibl.	Zus.
62	—	—	—	62	—	—	—
64	1	—	1	64	—	—	—
65	—	—	—	65	—	—	—
66	—	—	—	66	—	—	—
67	—	1	1	67	—	—	—
68	—	—	—	68	—	—	—
69	—	—	—	69	—	—	—
70	—	—	—	70	—	—	—
71	—	1	1	71	—	1	1
72	—	1	1	72	—	—	—
73	—	2	2	73	—	1	1
74	—	1	1	74	—	1	1
75	—	1	1	75	—	1	1
76	2	3	5	76	2	—	2
77	2	1	3	77	—	1	1
78	—	1	1	78	—	1	1
79	3	3	6	79	1	3	4
80	1	—	1	80	1	—	1
81	1	2	3	81	—	1	1
82	3	1	4	82	2	—	2
83	3	2	5	83	2	2	4
84	3	4	7	84	1	2	3
85	5	1	6	85	3	1	4
86	—	—	—	86	—	—	—
87	4	—	4	87	3	—	3
88	3	—	3	88	2	—	2
89	3	—	3	89	3	—	3

Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.	Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.
90	1	—	1	90	1	—	1
91	3	—	3	91	2	—	2
92	—	—	—	92	—	—	—
93	3	—	3	93	2	—	2
94	1	—	1	94	—	—	—
95	1	—	1	95	—	—	—
96	—	—	—	96	—	—	—
97	—	—	—	97	—	—	—
98	—	—	—	98	—	—	—
99	—	—	—	99	—	—	—
100	—	—	—	100	—	—	—

Der Thoraxumfang aller 57 (Vorjahr 68) Kranken stellt sich zu dem der Lungenbluter wie folgt:

	Berichtsjahr:	
Thoraxumfang:	Gesamtzahl:	Lungenbluter:
	pCt.	pCt.
von 62— 70 cm.	1 = 1,7	— = —
„ 71— 80 „	24 = 40,7	13 = 22,0
„ 81— 90 „	28 = 47,5	13 = 22,0
„ 91—100 „	4 = 6,8	3 = 5,0

	Vorjahr:	
Thoraxumfang:	Gesamtzahl:	Lungenbluter:
	pCt.	pCt.
von 62— 70 cm.	2 = 2,9	— = —
„ 71— 80 „	22 = 32,3	13 = 19
„ 81— 90 „	36 = 53	23 = 33,8
„ 91—100 „	8 = 11,8	4 = 5,9

Die Exkursion des Thorax bei tiefem Inspirium und forciertem Expirium:

betrug cm.	Berichtsjahr: bei Männern:	bei Frauen:	Zus.:	Vorjahr: bei Männern:	bei Frauen:	Zus.:
1,5	—	2	2	—	1	1
2	2	3	5	1	2	3
2,5	1	5	6	3	2	5
3	4	8	12	5	5	10
3,5	—	3	3	3	6	9
4	8	5	13	10	4	14
4,5	—	—	—	3	3	6
5	1	5	6	10	1	11
5,5	1	—	1	1	—	1
6	1	—	1	2	—	2
6,5	1	—	1	1	—	1
7	—	2	2	3	1	4
7,5	—	—	—	—	—	—
8	2	—	2	1	—	1
8,5	—	—	—	—	—	—
9	2	—	2	—	—	—
10	1	—	1	—	—	—

Die Diazoreaktion fiel bei 5 Fällen = 8,5 pCt. (Vorjahr 4 = 5,9 pCt.) positiv aus.

Die beim Eintritt in die Anstalt bestehenden tuberkulösen Affektionen anderer Organe bestanden in:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Meningitis	— mal	= —	— mal	=
Spondylitis	— „	= —	1 „	= 1,5
Laryngitis	9 „	= 15,3	4 „	= 5,9
Lymphadenitis	28 „	= 47,5	37 „	= 54,4
Pleuritis, Pneumonie	— „	= —	2 „	= 2,9
Enteritis	2 „	= 3,4	3 „	= 4,4
Fistula ani	— „	= —	2 „	= 2,9
Gonitis	— „	= —	— „	= —

Weitere Komplikationen nicht tuberkulöser Art waren:

	Berichtsjahr:		Vorjahr:	
Chlorose und Anämie	19 mal	= 32,2	37 mal	= 54,4
Nervosität	7 „	= 11,9	8 „	= 11,8
Labile Vasomotoren	5 „	= 8,5	4 „	= 5,9
Menstruale Temperatursteigerung	— „	= —	1 „	= 1,5
Neurasthenie	9 „	= 15,3	7 „	= 10,3
Neuritis	1 „	= 1,7	6 „	= 8,8
Morbus Basedowi	1 „	= 1,7	— „	= —
Struma	1 „	= 1,7	2 „	= 2,9
Obstipation	12 „	= 20,3	9 „	= 13,2
Magen- und Darmkatarrh	11 „	= 18,7	10 „	= 14,8
Dilatatio ventriculi	— „	= —	1 „	= 1,5
Ikterus	2 „	= 3,4	3 „	= 4,4
Nervöse Dyspepsie	1 „	= 1,7	1 „	= 1,5
Haemorrhoiden	1 „	= 1,7	3 „	= 4,4
Vitia cordis	4 „	= 6,8	4 „	= 5,9
Tachykardie	5 „	= 8,5	7 „	= 10,3
Arteriosklerose	1 „	= 1,7	— „	= —
Aneurysma aortae	— „	— 4,7	1 „	= 1,5
Hernia inguinal. dextr.	1 „	= 1,7	2 „	= 2,9
Ren mobilis	3 „	= 5,0	6 „	= 8,8
Albuminurie	3 „	= 5,0	1 „	= 1,5
Leber- und Milzschwellungen	3 „	= 5,0	5 „	= 7,3
Gynäkologische Leiden	1 „	= 1,7	2 „	= 2,9
Akne und Ekzema	— „	= —	1 „	= 1,5
Pityriasis versicolor	1 „	= 1,7	1 „	= 1,5
Malaria	1 „	= 1,7	— „	= —
Lues und Gonorrhoe	2 „	= 3,4	1 „	= 1,5
Rhinitis	2 „	= 3,4	5 „	= 7,3
Pharyngitis	1 „	= 1,7	4 „	= 5,9
Laryngitis	7 „	= 11,9	15 „	= 22
Häufige Epistaxis	1 „	= 1,7	— „	= —
Anomalie der arter. rad. dextra	1 „	= 1,7	1 „	= 1,5

Während der Anstaltskur traten folgende Komplikationen und interkurrente Erkrankungen ein:

Spondylitis	— mal	= —	1 mal	= 1,5
Darmkatarrh	— „	= —	2 „	— 2,6
Pleuritis	2 „	= 3,4	3 „	= 4,4
Pneumonie	1 „	= 1,7	4 „	= 5,9
Influenza	— „	= —	1 „	= 1,5
Miliare Ausbreitung	1 „	= 1,7	— „	= —
Zahngeschwüre	1 „	= 1,7	1 „	= 1,5

Die gesamte Gewichtszunahme betrug bei 53 zur Berechnung herangezogenen Patienten in 4974 Kurtagen 609¼ russ. Pfund. Die durchschnittliche Kurdauer dieser 53 Patienten macht 94 Kurtage aus (Vorjahr 118 Tage) wobei für den Einzelnen im Durchschnitt sich eine Zunahme von 11,5 Pfund = 4,81 Kilo. (Vorjahr 11 Pfund = 4,51 Kilo) feststellen lässt.

Die höchste Zunahme betrug 53¼ Pfund = 21,81 Kilo in 108 Tagen (Vorjahr 32 Pfund = 13,12 Kilo in 92 Tagen), die bedeutendste Abnahme 13¾ Pf. = 5,63 Kilo in 223 Tagen (Vorjahr 14 Pfund = 5,74 Kilo in 969 Tagen).

	Berichtsjahr:	Vorjahr:
	pCt.	pCt.
Es hatten zugenommen	48 = 90,6	58 = 87,9
„ „ abgenommen	5 = 9,4	5 = 7,5
Gleichgeblieben waren	— = —	3 = 4,6
Das Gewicht konnte nicht bestimmt werden	6 = 10,2	5 = 7,3

№	Geschlecht.	Alter.	Art der Erkrankung.	Bestehende Komplikationen.	Resultate beim Austritt.	Wie lange nach Austritt.	Ob noch Beschwerden v. seiten d. Lungen.	Ob Fieber.	Ob Tbbc.	Gewicht. Zunahme.	Gewicht. Abnahme.	Ob im Beruf.	Ob beschäftigungslos.	Ob in der Kur.	Jahresbericht.	Ob gestorben.	Auskunftgeber.
								I. Stadium.									
7 (7)	mänl.	23 J.	II	Ulcus suspectum.	p.	6 J.	—	—	—	—	—	—	—	—	1899	†	Polizei.
27 (27)	m.	39	R.	Pleuritis sicca. Gonitis tub. Diarrhoea.	n.	5¾	nein	nein	—	—	—	ja	—	—	1899	—	Pat. selbst.
64 (62)	weibl.	19	L.	Skoliosis thoraxis dext.	p.	5¾	nein	nein	nein	—	—	ja	--	—	1900	—	Pat. selbst.
68 (65)	m.	29	R.	Anaemie.	p.	4½	nein	nein	—	—	—	ja	—	—	1900	—	Pat. selbst.
93 (89)	w.	30	II	Anaemie. Tachycardie. Leichte Erregbarkeit.	p.	4¾	nein	nein	nein	—	—	—	ja	-	1900	—	Pat. selbst.
104 (98)	w.	24	II	Pect. carinat. Tachycardie. Nervosität.	p.	3¼	nein	nein	nein	9¾ ℔	—	—	ja	—	1900	—	Pat. selbst.
106 (100)	w.	38	R.	Hystero-Neurasthenie.	p.	4¼	nein	nein	nein	4 ℔	—	—	ja	—	1900	—	Gatte
113 (115)	m.	18	R.	—	p.	4	nein	nein	nein	—	—	ja	—	—	1901	—	Pat. selbst.
119 (111)	m.	16	R.	—	p.	4½	ja	nein	ja	—	ja	—	—	ja	1901	—	Dr. J.
125 (116)	m.	58	R.	Ulcus laryngis.	=	4	nein	nein	nein	—	—	ja	—	—	1901	—	Dr. E M.
127 (118)	m.	19	R.	—	p.	4	nein	nein	nein	1½ ℔	—	ja	—	—	1901	—	Dr. M. K.
129 (121)	m.	24	R.	—	p.	4	nein	nein	nein	½ ℔	—	ja	—	—	1901	—	Dr. E. M.
136 (127)	w.	12	L.	Anaemie. Nervosität. Lymphadenitis.	p.	4	nein	nein	nein	—	—	Schule	-	—	1901	—	Mutter.
144 (135)	m.	23	II	—	p.	3½	nein	nein	nein	?	—	ia	—	—	1901	—	Pat. selbst.
153 (144)	m.	53	R.	—	p.	3¼	nein	nein	nein	?	—	ja	—	—	1901	-	Dr. O. H.
164 (154)	w.	21	L.	Anaemie. Tachycardie.	=	2¾	ja	nein	ja	2½ kg	--	--	—	ja	1901	--	Dr. L.
168 (157)	m.	36	II	Pharyngitis chron. Atheroma capitis.	p.	3	nein	nein	nein	ja	--	ja	—	—	1902	—	Pat. selbst.
169 (158)	w.	38	II	Anaemie. Gastrointestinalkatarrh. Lymphadenitis.	p.	3	nein	nein	nein	—	8½ ℔	—	—	—	1902	—	Dr. M. K.
175 (164)	w.	26	L.	Anaemie. Morbus Basedowi.	p.	2½	nein	nein	nein	—	4 ℔	ja	—	—	1902	—	Dr. M. K.
177 (166)	m.	58	II	Arteriosklerosis. Nervosität. Dyspepsie.	p.	2¾	nein	nein	nein	gle	ich	ja	—	-	1902	—	Dr. H.
196 (159)	m.	24	R.	Anaemie.	p.	3	ja	nein	nein	gle	ich	ja	—	—	1902	—	Pat. selbst.
197 (160)	w.	20	II	Sensible Vasomotoren. Cephalgien.	p.	2½	nein	nein	nein	—	8 ℔	ja	--	—	1902	—	Pat. selbst.
203 (166)	m.	25	R.	—	p.	2	nein	nein	nein	—	—	ja	—	--	1903	—	Pat. selbst.
207 (170)	m.	26	II	Anaemie. Lymphadenitis. Nervosität.	p.	2¼	nein	nein	nein	ja	—	ja	—	—	1902	—	Pat. selbst.

№	Geschlecht.	Alter.	Art der Erkrankung.	Bestehende Komplikationen.	Resultate beim Austritt.	Wie lange nach Austritt.	Ob noch Beschwerden v. seiten d. Lungen.	Ob Fieber.	Ob Tbbc.	Gewicht Zunahme.	Gewicht Abnahme.	Ob im Beruf.	Ob beschäftigungslos.	Ob in der Kur.	Jahresbericht.	Ob gestorben.	Auskunftgeber.
213 (176)	m.	21 J.	II	Lymphadenitis.	=	2	nein	nein	nein	—	—	ja	—	—	1903	—	Dr. E. M.
215 (177)	m.	22	II	Lymphadenitis. Anaemie.	p.	$1^{3}/_{4}$	nein	nein	nein	22 ℔	—	ja	—	—	1903	—	Dr. M. K.
207 (179)	m.	20	II	—	p.	$1^{1}/_{2}$	nein	nein	nein	—	11 ℔	ja	—	—	1903	—	Pat. selbst.
222 (184)	m.	33	II	Fistula ani. Anaemie.	p.	$1^{3}/_{4}$	nein	nein	nein	2 ℔	—	ja	—	—	1903	—	Dr. M. K.
226 (187)	w.	34	II	Anaemie. Nervosität.	p.	$1^{3}/_{4}$	ja	nein	—	—	—	—	—	—	1903	—	Pat. selbst.
238 (199)	w.	21	L.	Anaemie.	p.	$1^{2}/_{3}$	nein	nein	nein	—	—	ja	—	—	1903	—	Dr. E. M.
246 (207)	m.	46	R.	Anaemie. Neurasthenie. Magenkatarrh.	p.	$1^{1}/_{4}$	nein	nein	nein	$3^{1}/_{2}$ ℔	—	ja	—	—	1903	—	Dr. M. K.
257 (221)	w.	23	II	Struma levis. Nasopharyngitis.	p.	1	nein	nein	nein	1 ℔	—	—	ja	—	1904	—	Dr. M. K.
265 (227)	w.	22	R.	Anaemie. Hysterie.	p.	$^{3}/_{4}$	ja	ja	?	—	20 ℔	—	ja	—	1904	—	Dr. E. M.
273 (238)	m.	17	II	Anaemie.	p.	1	nein	nein	—	2 ℔	—	ja	—	—	1903	—	Dr. O. W.
300 (268)	w.	25	R.	Pect. Carinat. Lymphadenitis, Skleromata.	p.	$^{3}/_{4}$	nein	nein	—	ja	—	—	—	—	1904	—	Pat. selbst.
301 (269)	w.	22	II	Habitus paralyt. Lymphadenitis. Nervosität.	p.	$^{3}/_{4}$	nein	nein	nein	ja	—	ja	—	—	1904	—	Dr. L. v. H

II. Stadium.

№	Geschlecht.	Alter.	Art der Erkrankung.	Bestehende Komplikationen.	Resultate beim Austritt.	Wie lange nach Austritt.	Ob noch Beschwerden v. seiten d. Lungen.	Ob Fieber.	Ob Tbbc.	Gewicht Zunahme.	Gewicht Abnahme.	Ob im Beruf.	Ob beschäftigungslos.	Ob in der Kur.	Jahresbericht.	Ob gestorben.	Auskunftgeber.
15 (15)	m.	36	R.	—	p.	6	nein	nein	nein	—	—	ja	—	—	1899	—	Dr. A. F.
50 (50)	w.	27	II	Graviditus mens. II.	p.	$5^{1}/_{2}$	nein	nein	—	—	—	ja	—	—	1899	—	Pat. selbst.
115 (107)	w.	23	R.	Lymphadenitis. Anaemie.	p.	4	nein	nein	nein	—	—	ja	—	—	1901	—	Pat. selbst.
138 (129)	w.	34	R.	Struma. Ren mobil. Ptosis der Abdominalorgane.	p.	$2^{1}/_{2}$	nein	nein	nein	—	ja	—	ja	—	1901	—	Dr. A. v. P.
139 (130)	w.	26	R.	Hystero - Neurasthenie. Ren mobil. Sensible Vasomotoren.	p.	$3^{1}/_{2}$	nein	nein	—	—	8 ℔	ja	-	—	1901	—	Pat. selbst.
140 (131)	m.	27	II	Fistula ani Leber- und Milztumor.	p.	$3^{1}/_{4}$	nein	nein	nein	6 ℔	—	ja	—	—	1901	—	Pat. selbst.
152 (143)	w.	21	L.	Darmkatarrh. Sensible Vasomotoren.	p.	$2^{1}/_{4}$	nein	nein	—	gleich		ja	—	—	1901	—	Pat. selbst.
154 (145)	w.	21	R.	Lymphadenitis. Anaemie. Tachycardie. Sensible Vasomotoren.	p.	3	ja	nein	nein	—	ja	—	—	ja	1901	—	Dr. F. B.
192 (156)	m.	16	II	Lymphadenitis. Anaemie.	p.	$2^{1}/_{2}$	ja	ja	nein	—	ja	-	—	ja	1902	—	Dr. M. V.
209 (172)	m.	19	II	Darmkatarrh. Anaemie. Lymphadenitis. Neurasthenie.	p.	$1^{1}/_{2}$	ja	nein	nein	ja	—	—	--	ja	1903	—	Dr. L.

№	Geschlecht.	Alter.	Art der Erkrankung.	Bestehende Komplikationen.	Resultate beim Austritt.	Wie lange nach Austritt.	Ob noch Beschwerden v. seiten d. Lungen.	Ob Fieber.	Ob Tbbc.	Gewicht. Zunahme.	Gewicht. Abnahme.	Ob im Beruf.	Ob beschäftigungslos.	Ob in der Kur.	Jahresbericht.	Ob gestorben.	Auskunftgeber.
227 (188)	w.	22	R.	Anaemie. Lues.	p.	2¹/₄	—	—	—	—	—	—	—	—	1903	†	Zeitung.
235 (196)	m.	39	II	Pleuritis.	p.	2	nein	nein	nein	ja	—	ja	—	—	1903	—	Dr. A. v. P.
237 (198)	m.	43	R.	Anaemie. Lymphadenitis. Potatorium. Lebertumor.	p.	1¹/₂	ja	nein	—	gle	ich	ja	—	—	1903	—	Pat. selbst.
240 (201)	m.	28	II	Anaemie. Lymphadenitis.	p.	1¹/₄	nein	nein	nein	8 ℔	—	ja	—	—	1903	—	Dr. P.
243 (204)	m.	38	R.	Anaemie. Neurasthenie.	p.	1¹/₄	nein	nein	nein	10 ℔	—	ja	—	—	1903	—	Dr. E. M.
244 (205)	w.	37	II	Anaemie.	p.	1¹/₄	nein	nein	—	4 ℔	—	ja	—	—	1903	—	Dr. O. W.
263 (225)	m.	35	R.	Anaemie.	p.	1	nein	nein	nein	—	5 ℔	ja	—	—	1903	—	Dr. E. M.
264 (226)	m.	28	II	—	p.	1¹/₄	ja	nein	ja	gle	ich	ja	—	—	1903	—	Dr. E. v. N.
277 (243)	w.	39	II	Vitium cordis. Anaemie. Lymphadenitis.	p.	³/₄	ja	nein	ja	7 ℔	—	—	ja	—	1904	—	Dr. W. U.
279 (245)	m.	28	II	Lymphadenitis. Anaemie.	p.	1	ja	nein	nein	gle	ich	ja	—	—	1904	—	Pat. selbst.
312 (270)	m.	24	II	Labile Vasomotoren. Lymphadenitis. Laryngitis.	=	¹/₄	ja	nein	ja	6 ℔	—	—	—	ja	1904	—	Dr. S. J.
307 (275)	w.	27	II	Anaemie. Haemorrhoiden.	p.	¹/₂	ja	nein	—	15 ℔	—	—	ja	—	1904	—	Pat. selbst.
317 (284)	m.	23	II	Lymphadenitis. Laryngitis simpl.	p.	¹/₄	nein	nein	nein	6 ℔	—	—	ja	—	1904	—	Dr. J. K.

III. Stadium.

№	Geschlecht.	Alter.	Art der Erkrankung.	Bestehende Komplikationen.	Resultate beim Austritt.	Wie lange nach Austritt.	Ob noch Beschwerden v. seiten d. Lungen.	Ob Fieber.	Ob Tbbc.	Gewicht. Zunahme.	Gewicht. Abnahme.	Ob im Beruf.	Ob beschäftigungslos.	Ob in der Kur.	Jahresbericht.	Ob gestorben.	Auskunftgeber.
91 (87)	m.	14	II	Ekzema.	p.	1³/₄	ja	nein	nein	ja	—	ja	—	—	1900	—	Dr. K. v. B.
122 (114)	m.	9	R.	Darmkatarrh. Milztumor Anaemie. Arythmischer Puls.	p.	4¹/₂	nein	nein	nein	ja	—	Schule	—	—	1901	—	Mutter
130 (83)	m.	33	II	Pharyngo-laryngitis.	p.	3¹/₄	ja	ja	ja	ja	—	—	ja	—	1901	—	Dr. L.
157 (148)	w.	28	II	Anaemie. Lymphadenitis. Neurasthenie. Ren mobil. Obstipation. Tachykardie. Laryngitis simpl.	p.	2³/₄	ja	nein	nein	—	—	—	—	ja	1901	—	Pat. selbst.
173 (162)	w.	19	II	Lymphadenitis. Anaemia gravis. Herzschwäche. Milztumor.	n.	2³/₄	ja	ja	—	gle	ich		ja	—	1902	—	Pat. selbst.
180 (146)	m.	47	II	Lymphadenitis. Leber- und Milztumor. Cor adiposum.	p.	3	ja	nein	nein	ja	—	ja	—	—	1902	—	Dr. A. v. P.
181 (147)	m.	37	II	Lymphadenitis. Icterus. Milztumor Anaemie. Darmkatarrh. Aorteninsuffizienz.	p.	2²/₃	ja	nein	nein	gle	ich	ja	—	—	1902	—	Pat. selbst.
185 (150)	w.	27	II	Anaemie. Neurasthenie. Lymphadenitis.	p.	²/₃	—	—	—	—	—	—	—	—	1903	†	Dr. F. D.

№	Geschlecht.	Alter.	Art der Erkrankung.	Bestehende Komplikationen.	Resultate beim Austritt.	Wie lange nach Austritt.	Ob noch Beschwerden v. seiten d. Lungen.	Ob Fieber.	Ob Tbbc.	Gewicht. Zunahme.	Gewicht. Abnahme.	Ob im Beruf.	Ob beschäftigungslos.	Ob in der Kur.	Jahresbericht.	Ob gestorben.	Auskunftgeber.
190 (154)	w.	18	II	Laryngitis u. Lymphadenitis tub. Anaemie, Tachykardie.	p.	2 1/2	ja	nein	nein	3 ℔	—	—	—	ja	1902	—	Dr. E. H.
198 (161)	m.	33	II	Habitus phthisicus. Laryngitis tub. Lymphadenitis.	=	2	ja	nein	ja	—	ja	—	—	ja	1903	—	Dr. S. J.
200 (163)	m.	24	II	Habitus phthisicus. Anaemie. Laryngitis simpl.	p.	2	nein	nein	—	gleich		ja	—	—	1903	—	Pat. selbst.
204 (167)	w.	35	II	Lymphadenitis. Oophoritis. Schwere Hystero-Neurasthenie.	?	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1903	†	Gatte.
206 (169)	m.	25	II	Laryngitis simpl.	p.	1 2/3	ja	37.5	—	—	ja	—	ja	—	1903	—	Pat. selbst.
210 (173)	w.	27	II	Habitus phthisicus. Lymphadenitis. Hystero-Neurasthenie. Tachykardie.	p.	1 1/2	nein	nein	—	gleich		—	ja	—	1903	—	Dr. M. K.
216 (178)	m.	31	II	Lymphadenitis. Anaemie.	p.	2	ja	ja	—	16 ℔	—	ja	—	—	1903	—	Dr. O.
230 (191)	m.	26	R.	Tub. laryngis et intestin.	n.	4 M.	—	—	—	—	—	—	—	—	1903	†	Vater.
241 (202)	w.	18	II	Tub. laryngis et intestin.	n.	4 M.	—	—	—	—	—	—	—	—	1903	†	Zeitung.
245 (206)	w.	24	II	Influenza. Miliartuberkulose.	n.	1 Tag	—	—	—	—	—	—	—	—	1903	†	Mutter.
250 (211)	m.	30	II	Tub. laryngis. Anaemia gravis.	p.	4 M.	—	—	—	—	—	—	—	—	1903	†	Zeitung.
253 (215)	w.	17	II	Miliartuberkulose.	n.	1 M.	—	—	—	—	—	—	—	—	1903	†	Mutter.
255 (218)	m.	16	II	Tub. intestin.	n.	1 M.	—	—	—	—	—	—	—	—	1903	†	Zeitung.
268 (230)	m.	45	II	Anaemie. Laryngitis simpl.	?	1 J.	ja	nein	G. № 2	—	ja	—	ja	—	1904	—	Dr. N.
270 (236)	w.	27	II	Anaemie gravis.	p.	3/4 J.	ja	ja	—	—	7 ℔	—	ja	—	1904	—	Pat. selbst.
281 (247)	w.	24	L.	Tub. laryngis. Nervosität.	n.	2/3 J.	ja	ja	ja	—	—	—	—	ja	1904	—	Dr. M. K.
284 (251)	w.	26	II	Habitus phthisicus. Anaemie. Tub. laryngis.	n.	2 M.	—	—	—	—	—	—	—	—	1904	†	Angehörige.
286 (253)	w.	35	R.	Anaemie. Lymphadenitis.	p.	3/4 J.	ja	nein	ja	20 ℔	—	—	ja	—	1904	—	Dr. W. K.
287 (254)	w.	26	R.	Anaemie. Lymphadenitis. Laryngitis simpl.	p.	3/4	ja	nein	—	—	ja	ja	—	—	1904	—	Dr. E. M.
288 (255)	m.	43	II	Skoliosis. Anaemie. Lebertumor.	n.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1904	†	Angehörige.
294 (261)	m.	36	R.	Anaemie. Lymphadenitis. Tub. laryngis?	p.	1/2	ja	nein	—	—	12 ℔	ja	—	—	1904	—	Dr. P. A.
306 (274)	m.	18	II	Anaemie. Lymphadenitis.	p.	3/4	ja	ja	?	—	—	—	—	—	1904	—	Dr. E.
307 (277)	m.	15	II	Anaemie Lymphadenitis.	p.	3/4	ja	nein	—	ja	—	—	—	ja	1904	—	Dr. K.

Ueber die Gewichtsverhältnisse orientiert folgende Tabelle:

Gewichtsverhältniss nach russ. ℔ bis zu	Berichtsjahr: Zunahme	Berichtsjahr: Abnahme	Vorjahr: Zunahme	Vorjahr: Abnahme
1	3	1	—	—
2	1	1	3	2
3	4	1	3	—
4	2	—	5	—
5	—	—	—	1
6	1	1	2	1
7	1	—	2	—
8	1	—	3	—
9	2	—	4	—
10	5	—	2	—
11	1	—	4	—
12	3	—	1	—
13	3	—	2	—
14	4	1	2	1
15	3	—	3	—
16	—	—	2	—
17	2	—	2	—
18	1	—	2	—
19	—	—	4	—
20	1	—	2	—
21	1	—	3	—
22	3	—	—	—
23	1	—	1	—
24	2	—	1	—
25	1	—	—	—
26	—	—	2	—
27	—	—	—	—
28	—	—	—	—
29	1	—	1	—
30	—	—	—	—
31	—	—	1	—
32	—	—	1	—
53	1	—	—	—

Die 41 Fälle in denen die Anstaltskur ein positives Resultat ergab, hatten bei einer Kurdauer von 3383 Tagen (Vorjahr 5668 Tagen) im Durchschnitt also 82 Tagen (Vorjahr 109 Tagen) eine Gewichtszunahme von 573 Pfund zu verzeichnen, was für den Einzelnen 14 Pfund = 5,73 Kilo im Durchschnitt ausmacht (Vorjahr 12,9 Pfund = 5,29 Kilo).

Bei Beurteilung des Erfolges der Anstaltskur wurde wie in den früheren Berichten als positiver Erfolg bezeichnet, wo eine deutliche Besserung des Lungenbefundes, oder doch, ohne dass sich diese immer mit Sicherheit nachweisen liess, eine wesentliche Hebung des Allgemeinzustandes zu konstatieren war. Bei einzelnen Fällen wurde das Kurergebnis, obgleich das Gesagte zutraf, nicht als positiv notiert, wo hinzugetretene Komplikationen oder Erkrankungen einen Erfolg als fraglich erscheinen liessen. Fälle, bei denen sich das Allgemeinbefinden oft trotz bedeutender Gewichtszunahme nur wenig gehoben hatte, wurden unter negativ gerechnet.

Fassen wir kurz die Ergebnisse zusammen, so erweist es sich, dass das Resultat:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
positiv	41 mal	= 69,5	52 mal	= 73,2
gleichgeblieben	2 »	= 3,4	4 »	= 5,6
fraglich	5 »	= 8,5	8 »	= 11,3
negativ	11 »	= 18,6	7 »	= 9,9

Zum Schluss sei wiederum eine Tabelle gegeben, welche unter Bezugnahme auf die entsprechenden Berichte der Vorjahre, Angaben enthält über ehemalige Patienten des Sanatoriums, denen alljährlich die früher veröffentlichten Umfragekarten zugesandt werden. Da zur Beurteilung des Dauererfolges der Anstaltskur die genaue Beantwortung dieser Umfragen von seiten des Kranken selbst so wie seines behandelnden Arztes von grossem Werte ist, sei an dieselben an dieser Stelle nochmals die Bitte gerichtet sich dieser Mühe unterziehen zu wollen. (siehe Tabelle Seite 171—174).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Wilhelm Weygandt: Leicht abnorme Kinder. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. VI. Band, Heft I. Verlag von Carl Marhold, Halle 1905. Preis 1 Mk. 40 Seiten.

Verf. fasst seine Ausführungen in folgende Leitsätze zusammen:

1. Neben den Idioten und Imbezillen giebt es eine grosse Menge von Kindern, die wegen psychisch abnormen Verhaltens besonderer ärztlicher Berücksichtigung bedürfen.

2. Die ätiologische Grundlage ist verschieden, es handelt sich:

a) um vorübergehende Schädigungen exogener Art, durch körperliche Krankheiten und durch ungünstiges Milieu;

b) um die formes frustes mancher Formen von Idiotie und Imbezillität;

c) um Entwickelungshemmung auf Grund von konstitutionellen Leiden;

d) um die leicht epileptischen, die hysterischen und die neurasthenisch veranlagten Kinder;

e) um die zu schweren Psychosen disponierten und von Kindheit an auffälligen Individuen.

Vielfach lässt sich eine Kombination mehrerer ursächlicher Momente feststellen.

3. Symptomatologisch können die allerverschiedensten psychen Funktionen einzeln oder kombiniert betroffen sein, oft genug lässt sich die Störung bis zu den einfachen psychischen Gebilden verfolgen.

Rein nervöse Begleiterscheinungen sind häufig, ebenso anderweitige organische Mängel.

4. Als Hauptgruppen lassen sich klinisch-psychologisch folgende aufstellen:

a) leicht epileptische Kinder;

b) hysterisch veranlagte Kinder;

c) neurasthenisch veranlagte Kinder;

d) intellektuell und affektiv minderwertige Kinder, die Debilen im engeren Sinne;

e) intellektuell und apperzeptiv schwache Kinder bei verschiedenem Gefühlsleben, die phantastischen, reizbaren und haltlosen;

f) intellektuell und apperzeptiv entwickelte, aber gefühlsstumpfe Kinder, die moralisch defekten.

5. Therapeutisch empfiehlt sich für erheblich Schwachsinnige die Hilfsschule, für intellektuell leicht abnorme Kinder das Wiederholungsklassensystem, für sittlich Verwahrloste und Defekte die Fürsorgeerziehung unter ärztlicher Beratung, während epileptische Kinder je nach Art ihres Zustandes differenziert zu behandeln sind».

M.

M. Henkel: Gynaekologische Diagnostik. Berlin 1905. Verlag von Karger.

Das vorliegende Buch behandelt die gynaekologische Diagnostik in allgemeinen Zügen in übersichtlicher und knapper Form und ist für Studierende und Aerzte geschrieben. Die Anordnung ist die gebräuchliche, jedem Kapitel ist eine kurze anatomische Einleitung vorausgeschickt und speziell

*) Conj. A. v. Pezold: Dritter Bericht über die Tätigkeit des Evangelischen Sanatoriums für Lungenkranke zu Pitkäjärvi.

die diagnostische und differenzialdiagnostische Seite betont. Zum ersten Mal werden hier genauer Fragen aus dem Grenzgebiet gestreift, die in diagnostischer Beziehung von Wichtigkeit sind und oft ein gynaekologisches Leiden vortäuschen (Ileus, Blinddarmaffektionen, Ascites, Tuberkulose des Bauchfells, Gallensteinkolik). 66 zum grossen Teil farbige Abbildungen sind dem Text beigegeben, dieselben sind durchweg anschaulich und wohl gelungen und illustrieren das mikroskopische Bild des betreffenden Textes.

Lingen.

Ebstein und Schwalbe: Handbuch der praktischen Medizin. II. Band. 2. Hälfte. Enke.

Wir finden im vorliegenden Bande eine Abhandlung über die Krankheiten der Niere, des Nierenbeckens und der Harnleiter von Rosenstein, sodann die Krankheiten der Harnblase von Kümmell, die Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane und die venerischen Krankheiten von Jadassohn und die funktionellen Störungen des männlichen Geschlechtsapparates von Fürbringer. Wie bei den bereits früher erschienenen Bänden können wir auch bei diesem neben der vorzüglichen, präzisen und erschöpfenden Darstellung die gediegene hervorragende Ausstattung lobend hervorheben.

Wichert.

Dr. Eduard Klevesahl †.

Am 5. April c. starb in St. Petersburg der Nestor der St. Petersburger Aerzte, Dr. Eduard Klevesahl im fast vollendeten 92. Lebensjahre. 1814 in Windau geboren, besuchte er das Gymnasium seiner Vaterstadt. Seine medizinische Ausbildung erlangte er an der Universität Königsberg, nach deren Absolvierung er sein russisches Doktorexamen an der hiesigen Militärmedizinischen Akademie machte. Anfangs war er an dem Bergkorps als Arzt tätig; gleichzeitig arbeitete er an der Korrektionsanstalt; in den 40-ger Jahren begleitete er den Fürsten Balaschow auf seinen Reisen in der Türkei, Griechenland und Aegypten, um dann nach seiner Rückkehr in das Alexanderhospital für Schwarzarbeiter einzutreten, dem er bis zum Jahre 1890 als Ordinator angehörte.

Während des Türkenkrieges funktionierte er als Arzt am Semionowschen Militärhospital. Im Ganzen hat er 50 Jahre lang im Staats-Komunaldienst gestanden und erst die Gebrechen des Alters veranlassten ihn, den ihm lieb gewordenen Dienst aufzugeben. Ein schweres Augenleiden zwang ihn schliesslich gänzlich der ärztlichen Praxis zu entsagen; aber noch 15 Jahre hindurch hat er mit ungeschwächter Geisteskraft im Kreise seiner Familie ein Otium cum dignitate geniessen können. Bis 6 Wochen vor seinem Tode hat er allen wissenschaftlichen, sowie politischen Tagesfragen, das lebhafteste Interesse entgegengetragen. Ein ernster aber herzenswarmer Mensch, eine feste, ehrenwerte kernige Natur, ein dankbarer Freund ist in ihm hinübergegangen. Ehre seinem Andenken!

E. Kroug.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der Ober-Medizinalinspektor des Ministeriums des Innern, Geheimrat Dr. W. v. Anrep, ist auf drei Monate in's Ausland beurlaubt worden.

— Dem beständigen Mitgliede des militär-medizinischen Komitees, Dr. Enkhof, ist für Auszeichnung im Dienst der Rang eines wirklichen Geheimrats verliehen worden.

— Zum Gehülfen des Chefs der Ober-Medizinalverwaltung ist, an Stelle des verabschiedeten Dr. Stefanowitsch, der Militär-Medizinalinspektor des Odessaer Militärbezirks Dr. Jewdokimow ernannt worden.

— Lombroso-Feier. Zum Jubiläum des Professors Lombroso fand, wie aus Turin berichtet wird, am 15./28. April gelegentlich der Eröffnung des 6. internationalen Kongresses für kriminelle Anthropologie eine Feier statt, welcher zahlreiche bekannte Männer der Wissenschaft Italiens und des Auslandes beiwohnten. Man überreichte Professor Lombroso eine kunstvoll ausgeführte goldene Plakette, eine goldene Medaille und ein Album mit Autographen von Männern der Wissenschaft.

— Der ordentliche Professor emer. der Chemie an der militär-medizinischen Akademie. Dr. Alexander Dianin, der seit längerer Zeit zugleich das Amt des gelehrten Sekretärs der Konferenz der Akademie bekleidet, ist nach Ausdienung der 25-jährigen Dienstzeit auf weitere fünf Jahre im Dienst bei der Akademie belassen worden.

— Ordensverleihungen: Der Weisse Adlerorden — dem beratenden Mitgliede des militär-medizinischen gelehrten Komitees, Leibchirurgen Dr. Pawlow. Der St. Stanislausorden I. Klasse — dem Arzt der Hauptverwaltung des abgeteilten Gendarmenkorps Dr. Leonid Grinew.

— Zum Präses der St. Petersburger städtischen Hospitalkommission wurde an Stelle von Dr. Petrunkewitsch, der bekanntlich nach den Unruhen im Irrenhospital «Nikolai Tschudotworez» zurücktrat, der Professor der militär-medizinischen Akademie Dr. Alexei Lebedew (Gynäkolog) mit grosser Majorität (54 Stimmen) gewählt.

— Für den Posten des Chefs des mediko-sanitären Bureaus der Stadt Baku hatten sich der Direktor des Mineralbades Slawjansk Prof. Dr. S. Zaleski und der frühere Warschauer Professor der Therapie, gegenwärtig freipraktizierender Arzt in Rostow a/Don Dr. M. Sjenez als Bewerber gemeldet. Wie Prof. Zaleski jetzt dem «R. Wr.» mitteilt, hat er seine Kandidatur zurückgezogen.

Nekrologe:

— Verstorben: 1) In Kielce der Senior der dortigen Aerzte Dr. Joseph Wokulski im Alter von 78 Jahren. Der Hingeschiedene hat die ärztliche Tätigkeit seit 56 Jahren ausgeübt. 2) In Warschau der Ordinator an der Universitätsklinik Dr. Wladislaw Wrublewski im 46. Lebensjahre. Die Venia practicandi hatte er i. J. 1884 erlangt. 3) In Wilna der Oberarzt des zum Ressort des Kollegiums der allgemeinen Fürsorge gehörigen St. Jakobhospitals, Dr. Julian Grischkowski, im 50. Lebensjahre nach 20-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 4) In Strassburg in hohem Alter der Nestor der dortigen Aerzte, ordentlicher Professor emer. der Geburtshülfe Dr. Adolf Aubenas. Der Verstorbene, welcher i. J. 1855 die Doktorwürde erlangte, wirkte als Professor der Geburtshülfe bereits an der französischen Universität Strassburg und setzte seine Lehrtätigkeit fort, als diese Universität i. J. 1872 als deutsche Reichsuniversität neubegründet wurde. 5) In Strassburg der Professor der Psychiatrie und Direktor der dotigen psychiatrischen Universitätsklinik Dr. Karl Fürstner im Alter von nahezu 58 Jahren. Seine psychiatrische Tätigkeit hat er im Jahre 1872 begonnen.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Der bekannte Chirurg Prof. Dr. Vincenz Czerny in Heidelberg wird am 1. Oktober d. J. seine akademische Lehrtätigkeit aufgeben und sich künftig ganz der Leitung des von ihm begründeten Instituts für experimentelle Krebsforschung in Heidelberg widmen. Prof. Czerny, der jetzt im 64. Lebensjahre steht, ist 1871, nachdem er bis dahin Billroths Assistent gewesen war, ordentlicher Professor an der Universität Freiburg geworden und 1877 von dort nach Heidelberg übergesiedelt. Als sein Nachfolger auf dem chirurgischen Lehrstuhl in Heidelberg ist Professor Dr. August Bier in Bonn in Aussicht genommen.

— In der militär-medizinischen Akademie, wurde die Frage über die Ausbildung der Militärärzte und über die Reorganisation der Akademie beraten. Zu der Beratungskommission unter dem Vorsitz des Generals Trepow gehören die Professoren der Akademie Rein, Schidlowski und Turner. Wie verlautet ist die Frage bezüglich der

Autonomie der Akademie vom Konseil in bejahendem Sinne entschieden worden.

— In der militär-medizinischen Akademie haben sich von den 17 Studenten des V. Kursus nur 5 zum Examen gemeldet. In Anbetracht dessen werden die Prüfungen zur Erlangung des Arztgrades erst im September stattfinden.

— Das Professorenkonseil des weiblichen medizinischen Instituts beschloss mit ²/₃ Stimmenmehrheit, den jüngeren Lehrern der Instituts (Privatdozenten, Laboranten etc.) kein Stimmrecht in den Konseilsitzungen zuzugestehen. Was die Kollegiengelder anbelangt, so sollen diese für das I. Semester 1906, da keine Vorlesungen gehalten worden sind, von den Hörerinnen nicht erhoben, im II. Semester 1906 aber in halber Höhe beigetrieben werden.

— Die vom Konseil der Moskauer Universität beantragte Wiederaufnahme der Vorlesungen und wissenschaftlichen Arbeiten in der Universität während der Sommermonate ist vom Ministerium der Volksaufklärung genehmigt worden. Die Vorlesungen sollen bald beginnen und bis Ende Juli fortgesetzt werden.

— Eine neue medizinische Fakultät in Saloniki. Auf Initiative des Generalinspektors des Medizinalwesens in der Türkei Dr. Hilmi Pascha wird die Errichtung einer türkischen medizinischen Fakultät in Saloniki geplant sobald die Mittel für die Erhaltung derselben gefunden worden sein. Bisjetzt gab es in der Türkei nur eine medizinische Fakultät für Zivilärzte und eine medizinische Militärschule in Konstantinopel, eine amerikanische und eine französische medizinische Fakultät in Beirut, zu denen im letzten Jahre noch eine neue Fakultät in Damaskus kam, die den beiden letzteren Konkurenz machen soll.

Standesangelegenheiten.

— Unter den 6 Mitgliedern der Reichsduma welche von der Stadt St. Petersburg gewählt worden sind, befindet sich auch ein Arzt — Dr. Michael Petrunkewitsch. Dr. P. der jetzt im 61. Lebensjahre steht, ist ein Schüler der früheren mediko-chirurgischen Akademie und war längere Zeit Landschaftsarzt im Gouv. Twer und Mitglied der Twerschen Gouvernements-Landschaft, wurde jedoch 1883 auf Verfügung des Ministers des Innern seines Postens als Landschaftsarzt enthoben, weil er im Namen der Twerschen Aerzte gegen den über das Gouvernement verhängten verstärkten Schutz protestiert hatte. Im J. 1898 siedelte er nach St. Petersburg über, wo er seit 1903 Stadtverordneter ist und kurze Zeit auch Präses der städtischen Hospitalkomission war. P. gehört der konstitutionell-demokratischen Partei an.

— In Kursk ist der bekannte Landschaftsarzt Dr. Dolschenkow zum Mitgliede der Reichsduma gewählt worden.

— In der Stadt Jurjew-Polski (Gouv. Wladimir) ist es zu einem Konflikt zwischen dem Vorsitzenden des Landschaftsamtes und den Aerzten gekommen, weil ersterer der Landschaftsärztin Gawrissewitsch im Krankenempfangslokal Grobheiten gesagt haben soll. Die Aerzte haben ihren Abschied eingereicht. (Retsch — R. Wr.).

— Der Landschaftsarzt F. E. Markow ist vom Pensaschen Kreislandschaftsamte auf Anordnung des Gouverneurs entlassen, weil er sich zu eifrig mit der Arbeiterfrage beschäftigt hat.

— Dr. K. N. Smirnow, der, wie wir bereits meldeten, als Vorsitzender des Verbandes der Moskauer Kreislandschaftsbeamten verhaftet wurde, ist jetzt aus dem Gefängniss entlassen worden; es ist ihm jedoch der Aufenthalt in Moskau und den 8 umliegenden Gouvernements verboten.

— Der Oberarzt des städtischen Hospitals in Nikolajew Dr. L. Smirnow und der dortige Arzt Dr. Königsberg, welche ins Jakutengebiet verbannt werden sollten, sind aus der Haft entlassen, aber vom Generalgouverneur für die Dauer des Kriegszustandes aus den Grenzen der Stadthauptmannschaft verwiesen worden.

Kongressnachrichten.

— Der 23. Kongress für innere Medizin wurde am 11./24. April in München durch Prof. v. Strümpell eröffnet. Er ist von den bedeutendsten Klinikern Deutschlands besucht. Dr. Ludwig Ferdinand Prinz von Bayern begrüsste den Kongress und nahm als Ehrenvorsitzender an den Verhandlungen teil. Nachdem der Staatsminister v. Feilitsch im Namen der Regierung dem Kongress warme Worte gewidmet, wies der bayerische Generalstabsarzt Dr. v. Bestelmeyer als Vertreter der Sanitätsverwaltung der Armee darauf hin, dass die Armee mehr und mehr auf die Ausbildung der Militärärzte in der inneren Medizin Wert legt, die gegenüber der Chirurgie zu stark vernachlässigt war. Das sei um so mehr nötig, als bei der Armee selbst im Kriege zwei innere Kranke auf einen chirurgischen Kranken kommen. Sodann bewillkommneten den Kongress der Bürgermeister im Namen der Stadt München, die in den letzten Jahren 21 Millionen Mark für die städtischen Krankenhäuser aufgewandt habe, und Dr. v. Hösslin namens des Münchener ärztlichen Vereins. Auf der Tagesordnung stand als erster Gegenstand die Pathologie der Schilddrüse. Der Kongress, der ca. 6000 Teilnehmer aus allen Gegenden Deutschlands und aus dem Auslande hatte, wurde am 11./26. April vom Vorsitzenden Prof. v. Strümpel mit Dankesworten an die Referenten und alle Vortragenden geschlossen. Die nächstjährige Versammlung wird wie jedes zweite Jahr in Wiesbaden stattfinden. Erwähnen wollen wir noch, dass die Herausgeber der «Münchener medizinischen Wochenschrift» zum Schluss des Kongresses die zahlreichen in München weilenden Internisten und Kliniker mit einer Einladung zu einer Festvorstellung von Mozarts «Cosifan tutte» aufs angenehmste überraschten. Diese Oper mit ihrem typischen Fall einer Arsenikvergiftung und aller ihrer Symptome — Dyspnoe, Krämpfe, Kollaps bis zur bevorstehenden Herzparalyse — passte gerade vorzüglich für eine Vorstellung für innere Aerzte.

— In der Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie, welche kurz vor dem Kongress für innere Medizin ebenfalls in München tagte, führte Prof. Dr. Moeli, Direktor der Berliner städtischen Irrenanstalt Herzberge-Lichtenberg, den Vorsitz. Nach den Begrüssungsreden und der Ansprache des Vorsitzenden wurde sofort in die wissenschaftlichen Verhandlungen eingetreten. Es haben an der Versammlung etwa 150 auswärtige Aerzte teilgenommen.

— Der XIII. Kongress des Vereins süddeutscher Laryngologen findet am 2. Pfingstfeiertage, 4. Juni n. St. in Heidelberg statt.

Verschiedene Mitteilungen.

— Der mit dem ersten Preis gekrönte Entwurf für das Rudolf Virchow-Denkmal in Berlin ist ein 8 Meter hoch geplantes Werk, das auf einem monumentalen Aufbau, den 4 dorische Säulen flankieren, eine Gruppe präsentiert. Man erblickt einen Titanen im Kampf mit einer Sphinx, – eine allegorische Darstellung des Kampfes, den der Titan der Wissenschaft Virchow mit dem Rätsel der Krankheitsentstehung geführt hat. In den Aufbau ist das von Lorbeer umrankte Reliefporträt Virchows eingelassen. Relief und Gruppe sollen in Bronze, der Sockel aus grauem Granit hergestellt werden.

— Das grosse Charitékrankenhaus, in welchem die meisten Kliniken der Berliner Universität sich befinden, bildet seine Krankenschwestern selbst aus. So finden wir in Berliner Blättern einen Kursus zur Ausbildung von Krankenschwestern angekündigt, der vom 1. Juli bis zum 30. September in der Charité abgehalten werden wird. Den Teilnehmerinnen, die mehr als Volksschulbildung besitzen müssen, bietet sich die Möglichkeit, Charitéschwestern zu werden und in deren Verband aufgenommen zu werden. Die grosse Heilanstalt besetzt ihre Stationen nur mit Schwestern, die bei ihr ausgebildet sind. Die jungen Mädchen erhalten während der Lehr- und Probezeit freie Station, Dienstkleidung und monatlich 5 M. Taschengeld, nach Ablauf der Probezeit das erste halbe Jahr 10 und das zweite 15 M. den Monat. Eine Kaution braucht nicht gestellt zu werden. Für später ist eine Altersversorgung in Aussicht genommen.

— Ueber ein neues Desinfektionsmittel, das den Namen «Festoform» trägt, berichtete vor kurzem im preussischen Medizinalbeamtenverein Dr. Symanski (aus Hagenau in

Elsass). Es handelt sich um ein Formaldehydpräparat, das in fester Form derart hergestellt wird, dass man wässerige Formalinlösung mit geringen Mengen Seifenlösung zusammenbringt. Das feste Produkt ist in warmem Wasser leicht löslich. Staphylococcus aureus wurde mittels einer einprozentigen Lösung nach 60 Minuten abgetötet, bei Erwärmung der Lösung auf 40° schon nach 5 Minuten. Ebenso energisch ist seine Wirkung auf Milzbrandsporen: es erfolgt die Abtötung durch eine einprozentige Lösung nach 4½ Stunden, bei Erwärmung schon nach ½ Stunde. Ausserdem besitzt das Festoform hervorragende desodorierende Eigenschaften.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 8. April d. J. 10798 (323 mehr als in der Vorwoche), darunter 850 Typhus — (36 wen.), 906 Syphilis — (31 wen.), 384 Scharlach — (54 wen.), 137 Diphtherie — (11 wen.), 125 Masern — (23 mehr), und 27 Pockenkranke — (12 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 2. bis zum 8. April d. J. im ganzen 851 (450 M., 401 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 24, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 33, Scharlach 12, Diphtherie 21, Croup 0, Keuchhusten 9, Croupöse Lungenentzündung 40, Erysipelas 10, Grippe 10, Katarrhalische Lungenentzündung 100, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 18, Tuberkulose der Lungen 103, Tuberkulose anderer Organe 26, Alkoholismus und Dilirium tremens 14, Lebensschwäche und Atrophia infantum 57, Marasmus senilis 37, Krankheiten des Verdauungskanals 123, Totgeborene 48.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 25. April 1906.

Tagesordnung: Schiele: Die Bedeutung der Cystoskopie bei Nierenkrankheiten.
Fuhrmann: Zur Frage der Säuglingsernährung.

Beschlussfassung über den Verbleib der Bibliothek.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 8. Mai 1906.

Beschlussfassung über den Verbleib der Bibliothek.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Zum Zweck der jährlich stattfindenden Kontrolle der Adressen der in der Liste der «St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift» verzeichneten Krankenpflegerinnen ersuchen wir Diese hiermit der Redaktion Ihre jetzigen Adressen mitzuteilen.

Die Redaktion
der „St. Petersburger Med. Wochenschrift".

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersb., Petb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 17 St. Petersburg, den 30. April (12. Mai). 1906.

Ueber einen Fall wechselseitigen Auftretens von angioneurotischem Oedem und Migraene.

(Vortrag gehalten in der medizin. Gesellschaft zu Dorpat.)

Von

Dr. Richard Otto.

Bei dem von Quincke[1]) zuerst beschriebenen Oedem vasomotorischen Ursprungs, das weder durch die Erkrankung des Herzens oder der parenchymatösen Organe, noch durch allg. dyskrasische Blutveränderungen, Stauung oder Entzündung, sondern lediglich auf nervösem Wege zur Entstehung gelangt, handelt es sich im Wesentlichen „um das Auftreten oedematöser Schwellungen der Haut und des Unterhautzellgewebes", an umschriebener Stelle von 2—10 ctm. Durchmesser".

„Betroffen sind meist die Extremitäten, besonders in der Umgebung der Gelenke, aber auch der Rumpf, das Gesicht, die Lippen und die Augenlider. Die geschwollenen Partien sind nicht scharf gegen die Umgebung abgegrenzt, sie sind blass oder wenig gerötet. Dabei empfinden die Kranken nur das Gefühl des Juckens und der Spannung, ohne dass das Allgemeinbefinden gestört wäre".

„Aehnliche Schwellungen kommen an den Schleimhäuten vor, so nam. an den Lippen und dem Gaumensegel, am Pharynx und Larynx. Im letzteren Falle kann es zu erheblicher Atemnot kommen".

Von der Magen- und Darmschleimhaut vermutete Quincke in einem Falle, wo es sich um gastrointestinale, anfallsweise auftretende Symptome handelte, dasselbe. Auch beobachtete er ein Mal seröse Ergüsse in die Gelenke. Diese Oedeme erscheinen akut, sind dann meist an mehreren Stellen zugleich und verschwinden in einigen Stunden bis zu einem Tage oft ebenso schnell, wie sie kamen. Dieses Spiel erneuert sich öfters. Auch ist der Pat. nie sicher vor einem Rezidiv. Männer scheinen öfter befallen als Frauen. In jedem Falle zeigt das Leiden grosse Neigung zur Vererbung. Als Gelegenheitsursache fand schon Quincke Abkühlung der Haut, Erkältung und körperliche Anstrengung.

Meist gruppieren sich die einschlägigen Mitteilungen, wie sie uns in nunmehr 22 Jahren in der Literatur begegnen, um diesen Kern, in einzelnen Fällen ist aber die Stelle so eigenartiger Natur und die äusseren Vorbedingungen so individuellen Gepräges, dass diese scheinbar unwichtigen Nebenumstände eine um so grössere Berücksichtigung verdienen, wenn anders man allmälich zur Klärung der sich hier abspielenden Vorgänge gelangen will.

Der Fall unsrer eigenen Beobachtung ist folgender:

Frau B. 49 Jahre alt, ist von 14 kräftigen und gesunden Geschwistern, 4 Mädchen und 10 Knaben, die jüngste und vielleicht deshalb die zarteste gewesen. Der Vater, ein Mann von kräftiger Konstitution starb im 60. Jahre an Pneumonie, die 62-jährige Mutter an Unterleibskrebs.

Das in ihrem 15. Lebensjahr entwickelte blasse Mädchen, litt seither an Dysmenorrhoe, wobei die profuse bis zu 8 Tagen dauernde Periode und die Schmerzen öfters mit Ohnmachtsanfällen verbunden waren. Zu den von ihr in der Kindheit durchgemachten Krankheiten gehörten ausser den Windpocken zweimalige Masern und eine Lungenentzündung, die später gleichfalls rezidivierte.

Vom 20. Lebensjahre ab entwickelten sich bei der etwa um 5 Jahre jünger scheinenden Pat. ausgesprochene Anzeichen von Chlorose mit allgemeiner Körperschwellung. Selbst die Hände waren in dem Grade geschwollen, dass sie nur schwer zur Faust geballt werden konnten, das Gehen war unmöglich, so dass die Pat. immer im Stuhl sass oder gefahren wurde. Dabei ergab die wiederholte Untersuchung des Herzens, der Niere, sowie sämmtlicher Organe einen negativen Befund. Während dieses Höhepunktes der Krankheit hielt der damalige Hausarzt Dr. Bock eine Konsultation mit dem Prof. Vogel für geboten. Dieser sprach sich für eine schwere, prognostisch ungünstige Form der Chlorose mit wahrscheinlichem Uebergange in perniziöse Anämie aus. Dennoch trat nach 3—4 Wochen Besserung ein, angeblich durch ein Kraut, das ein altes Weib der Pat. zugeschanzt hatte. Freilich war es vom Hausarzt nicht unterlassen worden auch apfelsaures Eisen zu verschreiben. Hiernach bildeten sich die Schwellungen zurück.

[1]) Quincke: Akut umschriebenes Hautoedem. Monatsschrift f. prakt. Aerzte. I.

der Appetit wurde reger, die Kräfte hoben sich, ja es wurde zum Schluss ein rosiger Anflug auf den Wangen bemerkbar.

Erst nach einem Zeitraum von 4 Jahren drohte ein Rückfall, dem jedoch durch eine Kumiskur im Pensaschen Gouvernement glücklich vorgebeugt werden konnte. Hier verlebte Pat. ein volles Jahr und erholte sich trotz einiger Malariaanfälle gut. In die Heimat zurückgekehrt, heiratete sie und hatte in der Folge zwei Geburten zu überstehn.

Die erste verlief leicht und glatt, ohne jede Komplikation. Das Kind wog 7½ Pfund. Nichts desto weniger setzten jetzt Migraeneanfälle ein, die fast ausschliesslich in der rechten Schläfenseite tobten und mit ihren stichartig bohrenden Schmerzen, wenn auch nicht immer, so doch häufig in die Zeit der Periode fielen. Diese Anfälle dauerten 5 volle Jahre bis zum Eintritt der zweiten Gravidität. Mit dem Aufhören der Menses waren auch die Migraeneanfälle verschwunden. Gegen Ende der Gravidität zeigten sich jetzt Schwellungen an den unteren Extremitäten vom Charakter nicht übermässiger an die Schwangerschaft gebundener Stauungsoedeme, die nicht allein von der Grösse des Kindes abhängig waren — es wog später 12½ Pfund — sondern auch wegen des diesmal nicht ganz unbedeutenden Blutverlustes während der Geburt und des Wochenbettes noch einige Zeit fortbestanden, um sich dann allmälich zu verlieren. Dieser Umschwung war für die abermalige Rückkehr der Migraeneanfälle entscheidend; jedoch bildete sich von jetzt ab ein ganz festes Alternativverhältnis zwischen Anfällen und Oedem heraus. Zu Zeiten häufiger und hartnäckiger Migraene fehlte es regelmässig an jeder Schwellung, während umgekehrt für den Fall eines Oedems ein Migraeneanfall unter keinen Umständen zu gewärtigen stand. Dabei handelte es sich nicht mehr um eine universelle auf fehlerhafter Blutmischung beruhende Schwellung oder ein Stauungsoedem, sondern um Schwellungen ephemerer Natur, die nach Art der von Quincke beschriebenen Oedeme, früh Morgens entstanden, um schon im Laufe einiger Stunden, meist um 12 oder 1 Uhr wieder zu verschwinden. Im Gegensatz zu früher spielten sich diese Wechselerscheinungen jetzt lediglich am Oberkörper ab, indem sie in der Gürtelgegend, am Rücken und der Brust, den Armen, endlich im Gesicht und hier namentlich an den oberen Augenlidern vertreten waren. Auf den ersten Blick machte diese Schwellung den Eindruck gleichmässig symmetrischer Verteilung, bald aber konnte man sich davon überzeugen, dass sie von einer Reihe unregelmässiger, im Unterhautzellgewebe hier und da fühlbarer Resistenzen abhängig war, die sich nicht über das Niveau der Haut erhoben. Von irgend einer Rötung oder einem bläulichen Anflug dieser letzteren war ebenso wenig die Rede wie von einer durch den Finger entstandenen Druckspur. Was jedoch häufig, wenn auch nicht immer bemerkt werden konnte, war das Aufschiessen einzelner verstreuter Urtikariaquaddeln, die nam. im Beginn der Schwellung vorkamen.

Dieses wechselseitige Verhältnis der beiden hier geschilderten Affektionen, bei welchen Frau B. fast tagtäglich entweder erst gegen Mittag die Knöpfe des Oberkleides zu schliessen vermochte oder aber statt jeder Schwellung an schwerer Migraene darniederlag, hat nun seit 4 Jahren eine Veränderung erfahren. Die Migraeneanfälle sind weit seltener geworden, während die Schwellungen durch ein neues ursächliches Moment, nämlich Haemorrhoidalblutungen 6-jähriger Dauer und eine hierdurch entstandene hydrämische Beschaffenheit des Blutes nunmehr einen mehr universellen Charakter angenommen haben. In wie weit eine durch Herrn Kollegen Dr. Graubner im vorigen Jahre vorgenommene Operation, zu welcher sich Pat. erst so spät entschlossen hatte, hier noch eine völlige Restitution zu schaffen imstande ist, bleibt abzuwarten.

Trotzdem, dass die Therapie des angioneurot. Oedems eine nur nebensächliche Rolle spielte, möchten wir nicht unterlassen mitzuteilen, dass das Salol zu Zeiten von wohltuendem Einfluss war, während Eisen und Arsenik weniger zu bedeuten schien und die Digitalis völlig versagte.

Dieser Fall hat sein Interesse. Er bereichert nicht allein die Kasuistik des nervösen Oedems um eine Beobachtung mehr, sondern stellt diese Affektion an ein und demselben Objekte so recht in festen Gegensatz zu einer Reihe andersartiger Oedeme.

Zu diesen von einander unabhängigen Schwellungen gehören 1. ein universelles Oedem auf dem Boden schwerer konstitutioneller Anaemie, 2. ein Stauungsoedem der unteren Extremitäten, abhängig von der übermässigen Fruchtentwickelung in der 2. Gravidität und 3. ein Oedem allgemeiner Natur, entstanden durch eine Reihe schwerer sich summierender Blut- und Kraftverluste.

Diesen in ihrem Wesen von einander differierenden Schwellungen dyskrasischen, mechanischen und hydraemischen Ursprungs tritt nun jenes eigenartige Oedem gegenüber, das weder auf Druckdifferenzen innerhalb des Gefässrohres durch Stauung, noch auf Veränderung oder Verdünnung des Blutes, sondern allein auf nervöse Störungen zurückgeführt werden muss und sich zudem noch durch sein wechselseitiges Auftreten mit der Migraene, im Vergleich zu andern Fällen dieser Art, in ein ganz besonderes Licht stellt.

Allem zuvor möchten wir diese eigenartige Schwellung nach zwei Seiten beleuchten

I. betreffs der für dieselbe geltenden Gelegenheitsursachen

II. betreffs der hier mitspielenden individuellen Momente und Komplikationen.

Was den ersten Punkt betrifft, so haben wir nach Durchsicht der Literatur als Gelegenheitsursachen zu unterscheiden

1. allgemeine und örtliche Erkältungseinflüsse,
2. Verdauungsstörungen,
3. die Alles primär oder sekundär beherrschende nervöse Praedisposition.

I) Zunächst treffen wir das qu. Oedem öfters auf dem Boden rheumatischer Erkrankungen. Eine jähe Temperaturschwankung, ein Wetterwechsel, eine mit Erhitzung und Erkältung einhergehende körperliche Ueberanstrengung und dergl. kann hier vermitteln. (Küstner[2]), Joseph[3]), Falkone[4]). Auch im Bunde schwerer Erkrankung, wie bei der Polyarthritis konnte es nachgewiesen werden. (Jamieson[5]).

Unter diesen Umständen giebt es wohl kaum einen Punkt des Körpers, der nicht befallen werden könnte, während im Falle einer streng örtlichen Durchkältung andere, und zwar gut verwahrte Körperteile freibleiben. Ein klassisches Beispiel geben die Hände und das Gesicht bei winterlicher Kälte ab, aber ebenso sehr lässt sich das Oedem bei vorhandener Empfänglichkeit auch im Sommer experimentell erzeugen, wofern Hände und Finger längere Zeit in möglichst kaltem Wasser gehalten werden.

Ganz besonders häufig vergesellschaftete sich das Oedem mit der Urtikaria (Rapin[6]), Minich[7]), Joseph u. andere). Es ist das von hohem Interesse, weil beiden Affektionen viel Verwandschaftliches zukommt. So ist vor allem die ephemere Natur beiden typisch, die sich nicht allein auf die Zeit, sondern auch auf den wechselnden Ort erstreckt, und hier sowohl wie dort kann in einer oder wenigen Stunden schon alles vorbei sein.

Beide Affektionen können ferner zugleich oder nach einander zum Vorschein gelangen. Wir können auf Fälle verweisen, wo die Urtikaria, wie bei Rapin erst nach Jahren vom umschriebenen Oedem gefolgt war, oder wo das letztere, wie bei Higier[8]) und Börner[9]) allein oder bei Joseph, Minich und Dinkelacker[10]) in gleichzeitigen Attaquen mit der Urtikaria zur Beobachtung gelangte. Ebenso sehr wie beide Affektionen unter anscheinend gleichen Bedingungen zustande kom-

---

[2]) Küstner, B.: Ueber hydrop. Anschwellungen unklaren Ursprungs. Berl. klin. W. 1889. 16.
[3]) Joseph, M.: Ueber acut. umschrieb. Hautödem. Berl. klin. W. 1890. 4 u. 5.
[4]) Falkone (Riv veneta 1887).
[5]) Jamieson: (Edingb. med. Journal 1883) beide citiert bei Joseph.
[6]) Rapin: Revue medicale de la Suisse 1886. 11 u. 12.
[7]) Minich: (Riv. veneta 1887. 1) cit. bei Joseph.
[8]) Higier: Akutes und chron. Oedem bei manchen Neurosen etc. Petersb. Med. W. 1894. 50 u. 51.
[9]) Börner: Volkmanns Saml. klin. Vorträge 1888. 312.
[10]) Dinkelacker: Inaug.-Dissert. Kiel. 1882.

men, so verharren sie fürs Gewöhnliche in den ihnen gesetzten Schranken. Trotz alledem können wir Fällen begegnen, die, falls es sich um Riesenurtikaria handelt, gelegentlich mit ersteren differentialdiagnostischen Schwierigkeiten verknüpft sind. Dieses verwandtschaftliche Verhältnis macht es begreiflich, warum die weitere Gelegenheitsursache zur Entstehung des Oedems

II) in Verdauungsstörungen gesucht werden muss. Dass die Urtikaria nicht allein ab irritamentis, sondern auch ab ingestis d. h. durch Reizung der sensibeln Nervenendigungen der Magen- oder Darmwand reflektorisch in die Erscheinung tritt, ist bekannt. Wir beobachten sie schon bei normaler Schleimhaut unter dem Einfluss der auf individuell nervöser Praedisposition beruhenden Idiosynkrasie. Um so begreiflicher muss es sein, dass ceteris paribus derartige und ähnliche Reflexe potenziertere Reizwirkungen zur Folge haben werden, wenn es sich um pathol. Vorgänge im Magen-Darmkanale handelt. In der Tat finden wir das in praxi verwirklicht einerseits durch die massige Form der Riesenquaddel, anderseits aber durch das zirkumskripte angioneurotische Oedem. Ein besonders instruktives Beispiel für jene Fälle, in denen das Oedem in unmittelbarem Zusammenhange mit gastro intestinalen Störungen entsteht, liefert uns folgende Beobachtung Higier's.

«Ein über 50-jähriger Mann, der viele Jahre an akut zirkumskriptem Oedem gelitten hatte, verlor dieses quälende Leiden angeblich plötzlich nach Gebrauch von Kampher und Kalomel. Nach 8-jähriger Pause waren die Schwellungen zurückgekehrt und setzten jetzt regelmässig Morgens mit prickelnd-juckenden Gefühlen ein. Heute wurde das Augenlid, morgen die Aussenfläche des Oberarms, übermorgen das Scrotum von der Schwellung ergriffen. Oedeme der Mundschleimhaut, des Rachens, ja des Kehlkopfs kamen gelegentlich vor, lokalisierten sich jedoch hier meist einseitig. Eines Morgens wurde am clavikularen Insertionspunkt des einen Sternocleidomastoideus eine Anschwellung von der Ausdehnung einer kleinen Orange sichtbar. Zur selben Zeit war der Zeigefinger der rechten Hand sehr stark geschwollen und etwas höher als der entsprechende, gesunde Finger temperiert. Die zirkumskripten farblosen Oedeme waren regelmässig von rosaroten Riesenurtikarien begleitet. Gegen 10—11 Uhr Vormittags, d. h. nach Verlauf von 7 Stunden verschwanden die letzten Spuren der intensiven Haut- und Schleimhauterkrankung. Da die Menge des Indikans im Harne gesteigert war, so lag es nahe die Angioneurose auf exzessive Darmfäulnis zurückzuführen, um so mehr als der Pat. obstipiert war und ein Darmdesinfiziens in Form von Mentholpuler, wie offenbar auch vor 8 Jahren das Kampher-Kalomel die ganze Affektion zum Schwinden brachte».

In noch praeziserer Weise kann diese Schlussfolgerung ex juvantibus nicht gezogen werden, so dass der hier bestehenden Darmaffektion, als dem aetiol. Moment kaum ein Zweifel entgegengesetzt werden kann. Gewisse im Darm zurückgehaltene Toxine bilden eben in derartigen Fällen die Gelegenheitsursache, deren Wegräumung nur mit gleichzeitiger Desinfektion des Darmrohrs für die Heilwirkung des nervösen Oedems massgebend sein kann. Dies gilt nicht allein für die Toxine, sondern in irgend einer Weise gewiss auch für das rheumat. Virus, aber wohl verstanden nur unter dem Grund legenden Einfluss der noch als solche

III) zu besprechenden nervösen Praedisposition. Wir verstehen darunter das für einzelne Personen schlechtweg weitaus reizbarere Nervensystem, das entweder als Ganzes oder mehr in seinen einzelnen Teilen schon dort zu reagieren beginnt, wo unter normalen Verhältnissen von irgend welchen Erregungszuständen noch nicht, oder nicht in dem krankhaften Grade die Rede sein kann. Dass man aber für das angioneurotische Oedem ebenso wie für die Urtikaria mit der letzteren Tatsache rechnen müsse, liegt auf der Hand, denn nur so wird es verständlich, wenn nun gerade hier jene Nervenbahnen betroffen werden, welche die Reflexerregung, sagen wir durch das vasomotorische Zentrum zu vermitteln haben. Macht es doch fast den Eindruck, als ob es sich in einem derartigen Organismus von vorn herein um einen Defekt gewisser, ihm von Natur zukommender Schutzvorrichtungen handle, deren Aufgabe es sonst ist, bestimmten Schädlichkeiten und Reizen erfolgreich entgegenzutreten. Und in der Tat, schon Quincke, dann Strübing, Valentin[11]), Osler[12]) und and. haben auf die angesprochen erbliche Veranlagung aufmerksam gemacht. Letzterer konnte das Oedem für Familienmitglieder von 5 Generationen nachweisen, während Strübing dasselbe bei mehreren Gliedern einer Familie vorfand. Auch hier bildeten gastrointestinale Störungen die Brücke, während andrerseits im Falle Riehl[13]) ein 51-jähriger Mann lediglich im Anschluss an eine heftige psychische Emotion erkrankte.

Die hier besprochenen 3 Möglichkeiten der Erkrankung heben sich betreffs des in ihnen vertretenen relativ aetiologischen Moments in festeren, selbstständigeren Formen ab. Weniger gilt dies von einem Falle Josephs, den dieser Autor dem Alkoholismus als einer selbständigen Gruppe zuschreiben möchte, der aber mehr den Eindruck eines gemischten und deshalb nicht sicher rubrizierbaren Falles macht.

Bei einem 37-jährigen kräftigen Gewohnheitstrinker, der zur Arbeiterklasse gehört, sind die Praedilektionsstellen des seit 4 Jahren bestehenden Oedems das Gesicht, die Lippen, das Kinn und das obere Augenlid, aber auch am Kopf, am Oberarm, am Handrücken, an der Dorsalfläche der Finger und Zehen, am Abdomen, dem Knie, am Dorsum und der Planta pedis und an vielen anderen Stellen werden sie gefunden. Dabei bestand nicht etwa eine Beziehung dieser Oedeme zu der Ausbreitung der Nervenfasern, im Gegenteil sie traten ohne jede Regelmässigkeit und Symmetrie an den verschiedensten Stellen auf. Der erste Anfall ging mit heftigen rheumatischen Beschwerden im Knie und Fussgelenk einher, später wurde der auch an chronischer Obstipation leidende Kranke alle 6—8 Wochen, aber unabhängig von Witterungseinflüssen befallen. Ob hier die periodischen Alkoholintoxikationen eine entscheidende Rolle spielten ist fraglich, um so mehr als das Leiden auch zu nüchternen Zeiten beobachtet wurde.

In der Färbung zeigten die Oedeme auch hier keinen Unterschied von der normalen Haut. Nur einmal waren zwei kleine, etwa pflaumengrosse Anschwellungen dicht an der linken Axelhöhle etwas heisser, wie gewöhnlich anzufühlen. Unter den auch an der Schleimhaut sich zeigenden Oedemen, die sich durch beängstigendes Gefühl im Halse und Schluckbeschwerden verrieten, konnte der Autor einmal nach $4^1/_2$ Stunden noch deutliches Oedem der rechten Zungenhälfte feststellen, ohne neben der Schwellung auch Rötung zu finden. Der Verdacht auf ein vielleicht unreines Alkoholpräparat wurde durch chemische Untersuchung zerstreut.

Man sieht, dass der mit „neuem aetiol. Moment" von Joseph eingeführte Fall nicht den einwandfreien Charakter der Eindeutigkeit an sich trägt und sich für eine neu zu begründende Gruppe um so weniger empfiehlt, als noch immer die ihn bestätigenden Publikationen einer im Uebrigen 15-jährigen Kasuistik fehlen.

Dieser Umstand dürfte in Erwägung der enormen Verbreitung des Alkoholismus um so auffallender erscheinen.

Einen fast ebenso wichtigen Bestandteil in der Erörterung der uns beschäftigenden Frage bilden

II gewisse individuelle Momente und Komplikationen. Hierher gehört.

1. Die paroxysmale Haemoglobinurie, der wir in einem der 3 Joseph'schen Fälle vor neurotischem Oedem begegnen.

Es handelt sich hierbei um den schon früher von uns angezogenen Fall eines 5-jährigen Knaben bei welchem die Eruption der Oedeme im Winter und ausschliesslich an Gesicht und Händen zur Beobachtung kam. Das Eigentümliche dieses

[11]) Valentin: Berl. klin. W. 1885. 10.
[12]) Osler: (The Americ. Journal of med. scienc. 1888. 11 u. ff.) citiert von Joseph.
[13]) Riehl: Wiener med. Pr. 1888. 11 u. folg.

Falles bestand nun darin, dass bei besonders windigem Wetter und «sehr starker Erkältung» des Knaben es nicht allein bei den erbsen- bis pflaumengrossen, weissglänzenden und blassen, nur wenig juckenden Schwellungen blieb, dass es vielmehr zu einem Schüttelfrost, fieberhaften Allgemeinerscheinungen, nam. aber zur Entleerung eines trüben, dunkelschwarzroten Urins kam, der Spuren von Eiweiss, keine Blutkörperchen, stattdessen aber einen deutlichen Haemingehalt aufwies.

Diese bei dem kleinen Patienten im Ganzen 5 Mal beobachteten Attaquen, deren letzte Spuren regelmässig am Morgen des andern Tages verwischt waren, gleichen nun fast auf ein Haar der von Lichtheim zuerst beschriebenen periodischen Haemoglobinurie, bei welcher gerade die Kälte, beziehungsweise das erhebliche Sinken der Aussentemperatur eine hervorragende, wenn nicht ausschliessliche Rolle spielt. Nur lautete das Uebereinstimmende in der Symptomatologie — Hautaffektion, Schüttelfrost, Allgemeinerscheinungen, Haemoglobinurie — im Falle Joseph in Oedem, im Falle Lichtheim in Urtikaria aus. Dieses einzig und allein in der Reihe der Symptome abweichende Resultat, lässt keinen anderen Schluss zu, als dass es sich im einen und andern Falle um verschiedenartig zum Ausdruck gelangende Kälteeinwirkungen gehandelt habe. In der Tat stehen sich hier der unvermittelt direkte und der indirekte Angriffspunkt der Kälteursache gegenüber, denn bei Joseph sind es die unbedeckten Hände und das Gesicht mit dem späteren zirkumskripten Oedem, bei Lichtheim[14]) die erst allmälich anwachsende Wirkung der Kälte an Händen und Füssen mit ihren nur dort lokalisierten grossen Quaddeln. Kurz es gilt hier der Satz, dass gleiche aber in irgend einer Weise modifizierte Ursachen auch nur gleiche aber modifizierte Wirkungen zur Folge haben können und damit wäre die Frage nach dem Verhältnis zwischen Urtikaria und Oedem im Sinne jener Forscher zu entscheiden, welche von einem nur graduellen Unterschiede beider Affektionen reden. In welcher Weise die Kälte neben den genannten Hauteruptionen die Veränderung und den Zerfall der roten Blutkörperchen in loco herbeiführt, durch welche dann die Ausscheidung des Haemoglobins sekundär durch die Nieren erfolgt, das freilich ist eine bisher noch ungelöste und hier nicht weiter zu verfolgende Frage.

2. Ein weiteres individuelles Moment bilden die von Küstner als Komplikation des Hautoedems beschriebenen Blutungen der Blasen- und Bronchialschleimhaut, die von diesem Autor, ob Transsudat, ob Extravasat, so zusagen vikarierend für das auf diese Weise nicht zur Entstehung kommende Schleimhaut-Oedem aufgefasst werden. Eine Bestätigung dieser Auffassung steht übrigens bei der Isoliertheit dieses Falles noch aus. Somit gelangen wir

3 und in letzter Linie auf das individuelle Moment unserer eigenen Mitteilung, das im Wechsel von Oedem und Migraene seinen eigenartigen Ausdruck findet.

Wie wir uns erinnern, litt die Pat. von der Geburt ihres ersten Kindes bis zu der ihres zweiten 5 volle Jahre an Migraene, welche öfters und mit Vorliebe in die Zeit ihrer Periode fiel. Erst später bildete sich das umschriebene und dann erst das Wechselverhältnis von Oedem und Migraene heraus. Es geht hieraus hervor, dass die Migraene ursprünglich ihren völlig selbständigen Charakter verriet, daher auch später, wo sie wieder erscheint, in keinerlei innere Beziehung zum umschriebenen Oedem gesetzt werden kann.

Nichtsdesto weniger wird man die Frage zu untersuchen haben, ob man es hier, trotz der, beiden Affektionen zu Grunde liegenden nervösen Praedisposition, etwa mit sich gegenseitig ausschliessenden Kräften zu tun hat?

In der Tat giebt es Fälle, wo eine bestehende Krankheit zeitweilig durch eine andere verdrängt oder abgelöst wird. Wir erinnern beispielsweise an die Pneumonie, welche diese Fähigkeit nicht allein chronischen, sondern auch akuten Krankheiten gegenüber besitzt.

So haben wir nicht allein habituell gewordene gichtisch-rheumatische Beschwerden, sondern auch schwere und häufige Keuchhustenanfälle plötzlich verschwinden, bei ihrem Ablauf wieder zurückkehren gesehen.

Auch in unserem Falle findet eine Ablösung statt, aber die Verhältnisse liegen doch anders.

Während wir es dort mit dem einmaligen Dazwischentreten eines durchaus fremdartigen Faktors, nämlich eines fieberhaft bazillären und akut entzündlichen Prozesses zu tun haben, der die Symptome einer später wieder auftauchenden afebrilen Krankheit nur zeitweilig zu unterdrücken vermag, so tritt hier in kürzerer oder längerer Zeit immer wieder ein Wechsel zwischen zwei klinisch scharf kontrastierenden, der Natur ihrer vasomotorischen Störung nach aber geradezu verwandtschaftlichen Affektionen ein, ohne dass zwischen beiden ein festes Zeitverhältnis gegenseitiger Ablösung zu konstatieren wäre. Dass hier nicht allein die Abstufung in der einfacheren und komplizierteren Wirkungsweise der Vasomotoren, sondern auch die gerade betroffene, den Organismus eine Zeit lang übergenug beschäftigende Sphäre die entscheidende. Alles andere verdrängende Rolle spielt, dafür dürften auch gewisse anatomisch-physiologische Tatsachen und Erwägungen sprechen. Wie bekannt verlaufen die an der Innervation der Gefässe sich beteiligenden Konstriktoren und Dilatatoren, deren Fasergattungen, wenn sie erregt sind eine Verengung, beziehungsweise eine Vergrösserung des Gefässquerschnittes erzielen, oft in gemeinsamem Nervenstamme, oft aber auch in gesondertem Stamme zu dem betreffenden Gefässgebiete. Jedes dieser grösseren und kleineren Gefässgebiete steht durch Vermittlung der genannten Vasomotoren mit irgend einem der im Rückenmark verbreiteten Zentren und mittelbar mit dem allen übergeordneten Gefässzentrum in Verbindung. Dank dieser Einrichtung kann ein durch einen sensibelen Nerv zu irgend einem Zentrum vermittelter Reiz von hier oder über andre Zentren hinweg als Reflex zur Peripherie gelangen, indem er auf eine der vielen vasomotorischen Leitungsbahnen hinüberschiesst. Führt diese Bahn, wie etwa der nerv. sympathicus oder Splanchnicus, Gefässfasern beider Gattungen, so werden beide zugleich gereizt, ohne dass deshalb ein dauernder Ausgleich der gegenteiligen Reize die Folge wäre. Dies geschieht deshalb nicht, weil beiden Fasergattungen differierende Erregbarkeitsverhältnisse innewohnen, die darin bestehen, dass die Verengerer von vornherein erregbarer sind, aber um so schneller in den Zustand der Lähmung geraten, während die Erregung in den Erweiterern um so langsamer abklingt. Der Effekt, der durch Reizung der Konstriktoren erzielt werden müsste, geht somit im gemischten Nerven so gut wie verloren, während der allmählich ansteigende Reiz der Dilatatoren einen um so aktiveren Charakter gewinnt.

Dies lässt nun folgende Abstraktionen zu: die Urtikaria d. h. die Hyperämie und Exsudation auf nur vereinzelten Punkten der Körperoberfläche ist aller Wahrscheinlichkeit nur das Produkt eines auf gesonderter, ungemischter Bahn eines dilatatorischen Nerven zu Stande gekommenen Reflexes, während die anatomische Ursache des Oedems wahrscheinlich mehr in den Nerven gemischten Charakters gesucht werden muss (Sympathicus, Splanchnicus) denen das Eingreifen in die hier

[14]) Lichtheim: Ueber period. Haemoglobinurie. Volkmanns Sammlung klin. Vortr. Nr. 134.

stattfindenden reflektorischen Vorgänge in erster Linie vorbehalten zu sein scheint. Komplizierter ist der Vorgang bei der Migraene, bei welcher uns schon durch ihre mannigfaltige Entstehungsart die aller schwierigsten Problems erwachsen. Ob es sich nun aber um die spastische oder angioparalytische Form handelt, ob um eine Mischform der beiden, das eine ist klar, dass die Dignität jener endokraniellen Reflexe und Schwankungen des Blutdrucks die reflektorischen nur an der Körperoberfläche spielenden Vorgänge des Oedems weit überwiegt und wohl auch deshalb zu verdrängen oder abzulösen imstande ist. Sind aber, so lange die Migraene besteht die Vorbedingungen zum Oedem und mit diesen das Oedem selbst mit einem Schlage beseitigt, so ist hiermit wiederum die nervös reflektorische Natur des letzteren vollauf bewiesen. Für den komplizierteren Apparat der Migraene spricht ferner der Umstand, dass es zu jener häufig genug zu beobachtenden Mischform kommt, in welcher die Patienten im stetigen Wechsel zwischen krampfartigen Gefässkontraktionen und Erschlaffung, dem weit freieren Spielraume der Antagonisten ausgesetzt sind, daher bald blass, bald rot werden und über Kälte und Hitze im Kopf klagen.

Noch schwieriger in der Beurteilung ist das wenigstens für die Urtikaria und das Oedem sichere, zeitliche Zusammenwirken von Hyperämie und Exsudation; denn dass lediglich auf nervösem Wege die Blutzufuhr in einem Grade gesteigert werden könne, dass es zu Transsudation durch die Kapillaren kommt, erscheint denn doch so ohne Weiteres und ohne Stauung nicht gut möglich. Anders wäre es freilich, wenn Heidenhain[15]) und Joseph darin Recht behielten, dass solche Schwellungen nicht ohne wesentliche Mitwirkung einer auf nervösem Einfluss beruhenden sekretorischen Tätigkeit der Kapillarzellen zustande kämen. Hierdurch wäre in der Tat das Verständnis für diesen doppelten Vorgang nicht unwesentlich geklärt.

Eine unter gleichen oder ähnlichen Bedingungen sich vollziehende Gefässneurose der serösen Gehirnhaut könnte dagegen ungewöhnlich erscheinen, wenn wir nicht schon durch Quincke, Joseph und andere mit der Tatsache vertraut wären, dass das Oedem in manchen Fällen auch an der, der Dura mater entwicklungsgeschichtlich als Spaltbildung im Bindegewebe nahestehenden Synovialmembran der Gelenke, in Form seröser Ergüsse zu Tage träte.

Eine Exsudation am inneren Blatte der Dura in den Subduralraum brächte aber nicht allein einen Druck zu Wege auf die Nervenendigungen der harten Hirnhaut mit ihren venösen Räumen, sondern träfe in noch höherem Grade ventralwärts die Liquor gefüllten Subarachnoidalräume, was einem allseitigen Drucke auch der Gehirnoberfläche gleichkommen und die dumpfen drückenden Schmerzen erklären würde.

Was endlich die Migraene mit dem akuten zirkumskripten Oedem an den Schleimhäuten gemein hat, ist ihre besondere Vorliebe zur einseitigen Lokalisierung. So berichtete Higier[16]) über halbseitige Schwellungen der Mundschleimhaut, des Rachens und des Kehlkopfes, so beobachteten Rapin[17]) und Joseph[18]) die rechtsseitige Schwellung der Zunge. Durch diese Vorliebe zur Asymmetrie scheint uns also ein weiteres Annäherungsmoment der Migraene an die nervöse Schwellung auch in formaler Beziehung gegeben.

Unter dieser Voraussetzung eines mehr oder weniger einheitlichen Entstehungsbegriffes würde es sich um eine Skala vasomotorischer Störungen handeln, die mit der Urtikaria, als dem Prototyp eines Reflexes beginnt und über das schon kompliziertere Oedem hinweg bis in die endokranielle Sphäre der Dura mater hineinreicht, ohne dass sich irgend eine direkte Abhängigkeit der einzelnen Formen unter einander nachweisen liesse.

Diesem Schlussresulte gegenüber dürfte es klar sein, dass die überaus häufig den menschlichen Organismus heimsuchende Migraene nicht etwa aus inneren Gründen, als eine Art Steigerung des nervösen Oedems eine Verschiebung in die zentraleren Sphären erfährt und so die Spuren der früheren Neurose tilgt, dass sie vielmehr ganz unabhängig davon und auf Grund der ihr auch sonst zukommenden ursächlichen Momente ihre Herrschaft beginnt. Wenn aber das Oedem nun dennoch verschwindet, so geschieht das nur unter dem Einfluss eines jetzt an anderer Stelle weit intensiveren und momentan Alles in seiner krankhaften Erregung beherrschenden Nervenlebens. Die Migräne — sie nimmt einfach das Recht des Stärkeren in Anspruch.

[15]) Mitteilung auf dem I. internat. Physiologenkongress.
[16]) l. cit.
[17]) Rapin: Revue med. de la Suisse romande. 1886, 11 und 12.
[18]) l. cit.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

W. Zangemeister: Atlas der Cystoskopie des Weibes. Verlag von Enke. Stuttgart. 1906.

Der Atlas erscheint in vier Lieferungen, jede derselben enthält 6—7 Tafeln in Farbendruck und in Kürze einen erklärenden Text. Jede Lieferung kostet 6 Mark.

In der der Redaktion zugesandten Probenummer des Atlas (Lieferung II) sind die cystoskopischen Bilder beim Karzinom der Blase, bei Blasenfisteln und Cystocele abgebildet. Die Bilder stellen ein Kunstwerk dar und illustrieren aufs Treffendste das anatomische Bild.

Lingen.

P. C. Franze: Technik, Wirkungen und Indikationen der Hydro-Elektrotherapie bei Anomalien des Kreislaufs. München 1905. Gmelin. 71 Seiten. Preis 1.60 M.

Verfasser ist Besitzer eines Instituts für Elektrotherapie in Nauheim. Er empfiehlt hydro-elektrische Prozeduren besonders für die funktionellen Störungen des kardiovaskulären Nervenapparats, aber auch bei anderen Affektionen der Kreislaufsorgane, sofern nicht Kompensationsstörungen, Aneurysma, schwere Arteriosklerose oder akute Myo- und Endokarditiden vorliegen. Er hält das Vierzellenbad für milder als das Vollbad. Besprochen werden galvanische, faradische und sinusoidale Wechselstrombäder. Besonders den letztgenannten, die von Smith in die Herztherapie eingeführt worden sind, misst Verf. einen grossen Wert bei. Einige elektrotechnische Kenntnisse setzt Verf. bei seinem Leser voraus.

M.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 18. Mai 1905.

(Schluss.)

2) Dr. Falkenburg (als Gast) demonstriert

a) einen Fall von Darmruptur ohne Verletzung der Bauchdecken.

M. H.! Ich möchte Ihnen kurz berichten über einen Fall von Darmruptur ohne Verletzung der Bauchdecken: Der Patient hatte den Hufschlag eines Pferdes gegen die Unterbauchgegend erhalten und kam 2 Stunden nach erlittener Verletzung ins Krankenhaus. Er bot bei seiner Aufnahme das schwere charakteristische Bild einer perforierenden Darmläsion: Shokerscheinungen, verfallenes Aussehen, kleiner fliegender Puls, Abdomen eingezogen, Bauchdecken bretthart gespannt, Atmung thorakal. Gasansammlung oder Bluterguss in der Bauchhöhle bestanden nicht. Ich habe dem Patienten auf Grund dieses Befundes sofort die Laparotomie vorgeschlagen, die von ihm aber strikt verweigert wurde. Erst gegen Abend, als wiederholtes Erbrechen und quälender Singultus eintraten und die Zeichen einer Peritonitis deutlicher auftraten, entschloss Patient sich zur Operation, die ich nun, mithin 7

Stunden post trauma, ausführen konnte. Ich machte den Schnitt in der Mittellinie, vom Schwertfortsatz bis zur Symphyse; nach Eröffnung des Peritonaeums trat trübe, nicht riechende Flüssigkeit aus, von der sich eine grössere Ansammlung im kleinen Becken fand. Ich schritt jetzt zur Eventration und systematischen Absuchung des gesamten Magen-Darmtraktus und fand dabei an einer mittleren Ileumschlinge eine erbsengrosse, kreisrunde Perforation, aus der kotige Flüssigkeit trat. Die anliegenden Dünndarmschlingen waren bereits durch fibrinös-eitrige Membranen miteinander verklebt, alle Darmschlingen injiziert und gebläht. Die Perforation wurde doppelseitig übernäht. Eine weitere Perforation wurde bei nochmaliger Absuchung des Darmes nicht gefunden, unter dem rechten Leberlappen befand sich eine grössere Flüssigkeitsansammlung von derselben Beschaffenheit, wie im kleinen Becken. Ich unterzog nun die Intestina einer sehr ausgiebigen Spülung mit heisser physiologischer Kochsalzlösung und schloss alsdann die Bauchhöhle durch Etagennaht nach Tamponade des kleinen Beckens. Der Verlauf war reaktionslos, Patient hatte bis zum dritten Tage nach der Operation abendliche Temperaturerhöhung bis 38°, war von da ab fieberfrei Am dritten Tage erfolgte Stuhlgang und Flatus, am sechsten Tage konnte der Tampon aus dem kleinen Becken entfernt werden. Patient wartet noch auf eine Bauchbandage, die ihm von seiner Gemeinde bewilligt werden muss, um alsdann entlassen zu werden.

Hätte er sich früher zur Operation entschlossen, so hätte man voraussichtlich auf eine Tamponade des kleinen Beckens verzichten können und Patient wäre der Gefahr einer Bauchhernie überhoben gewesen.

(Autoreferat.)

b) einen Fall von profuser Blutung aus den Genitalien.

M. H.! Des weiteren möchte ich Ihnen eine Patientin vorstellen, deren Anamnese folgende war: Zwei Monate vor ihrer Aufnahme Abort, vor 2 Wochen profuse Blutung aus den Genitalien. Patientin ist am Tage vor ihrer Aufnahme plötzlich erkrankt mit Leibschmerzen, Erbrechen, Stuhl und Windverhaltung. Die Leibschmerzen sind besonders in der rechten Unterbauchgegend lokalisiert. Die Patientin wurde am Abend ihrer Aufnahme von der inneren Abteilung als Perityphlitis verdächtig auf die chirurgische Abteilung überführt. Die Patientin war fieberfrei, hatte einen ruhigen, kräftigen Puls klagte über Leibschmerzen und Brechreiz, machte im Uebrigen keinen besonders schweren Eindruck. Es bestand ein über den ganzen Körper ausgebreitetes frisches makulöses Syphilid. Das Abdomen war in den oberen Partieen mässig meteoristisch aufgetrieben, im Uebrigen aber weich, eindrückbar, oberhalb der Ileocoecalgegend bestand lebhafter Druckschmerz; man hatte hier das unbestimmte Gefühl einer geblähten Darmschlinge, Darmcontouren waren nicht nachweisbar, Darmgeräusche nicht wesentlich vermehrt. Die gynaekologische Untersuchung ergab rechts von dem vergrösserten Uterus ein etwa hühnereigrosses Infiltrat. Das Fehlen von Fieber und der Allgemeinzustand liessen eine okulte Perityphlitis als wenig wahrscheinlich erscheinen, es wurde vielmehr mit der Möglichkeit einer Darmokklusion im Anschluss an einen puerperalen Prozess gerechnet. Da der Zustand keineswegs bedrohlich erschien, wurde am Abend noch von einer Operation abgesehen. Während der Nacht trat mehrmaliges galliges Erbrechen und lauter Singultus ein; mehrfach hohe Darmeinläufe waren ohne Erfolg geblieben. Der abdominelle Befund war insofern verändert, als die am Abend vorher nur undeutlich nachweisbare Darmsteifung deutlicher in Erscheinung getreten war und dieser Befund veranlasste mich zur Laparotomie in der Annahme einer Darmokklusion. Ich machte auch hier den Schnitt in der Mittellinie, vom Schwertfortsatz bis zur Symphyse; nach Eröffnung des Peritoneums traten prall geblähte Dünndarmschlingen heraus. Beim Aufklappen der Bauchdecken fiel sofort ein Strang ins Auge, der, von rechts oben nach links unten ziehend, ein ganzes Convolut von Därmen abgeschnürt hatte. Der Strang war an einer Ileumschlinge adhärent, unterhalb der Adhäsion war der Darm völlig kollabiert, oberhalb stark gebläht. Der Strang wurde reseziert und als Ursache der Adhäsion fand sich nun in der Darmserosa ein kleines kirschgrosses derbes Infiltrat von speckigem Glanze, derbem Untergrund und derben kallösen Rändern. Dieses Ulkus wurde eingestülpt und übernäht. Bei weiterer Besichtigung des Darmes fanden sich nun weitere 4—6 ebenso geartete Ulcera von verschiedener Grösse auf der Serosa des Dünndarmes, alle von glatter Oberfläche ohne Zerfallsprodukte. Dicht oberhalb des Coecums hatte ein solches Ulkus eine deutliche Stenose des Darmes zur Folge gehabt. Die grösseren der Ulcera wurden eingestülpt und übernäht, die kleineren, noch im Entstehen begriffenen unberücksichtigt gelassen. Eine Revision des kleinen Beckens ergab das Bestehen einer Pelveoperitonitis, rechts neben dem Uterus befand sich ein eingedicktes Blutextravasat, offenbar älteren Datums, die rechte Tube war perforiert. Dieses veranlasste mich, das kleine Becken zu tamponieren, im Uebrigen habe ich die Bauchhöhle durch Etagennaht geschlossen Der Verlauf war reaktionslos, Patientin hatte keinen Tag gefiebert, am dritten Tage nach der Operation erfolgte Stuhlgang und Flatus, am 6. bezw. am 10. Tage konnten die Tampons aus dem kleinen Becken entfernt werden. Es handelt sich jetzt um Feststellung der Aetiologie dieser Geschwüre, die ich als luetische bezeichnen möchte. Das Vorkommen luetischer Geschwüre an anderen Stellen als im Dickdarm ist lange bezweifelt worden, wird aber doch von den meisten Pathologen als, wenn auch selten, so doch sicher vorkommend, angenommen. Differentialdiagnostisch können wir ein typhöses Ulkus ausschliessen, es spricht dagegen die Anamnese, Patientin ist aus voller Gesundheit erkrankt, ferner das Aussehen der Geschwüre und die Tatsache, dass ein typhöses Ulcus nie zu Stenosenbildung Anlass giebt. Gegen eine tuberkulöse Natur der Ulcera spricht auch das Aussehen und die Derbheit der Geschwüre, vor allem das Fehlen von Zerfallsprodukten und käsigem Eiter, der bei tuberkulösen Geschwüren im Stadium der Beschriebenen, sicher gefunden wäre. Für Lues sprechen die Anamnese, der Abort, das Exanthem und der Erfolg der Quecksilberkur. Patientin ist nach der Operation mit Injektion von Hydrarg. salycil. behandelt worden und hat keinerlei Darmerscheinungen bisher wieder geboten.

(Autoreferat).

Dr. v. Bergmann bemerkt dazu, dass die luetischen Darmerkrankungen vorwiegend die Schleimhaut befallen und von da aus weiter gehen; von Lange hat er einen ähnlichen Fall beschrieben gefunden und muss er den Fall jedenfalls für eine grosse Rarität halten.

Dr. Kröger fragt, als welcher Art diese Ulcerationen anzusehen seien, doch wohl nicht als gummöse.

Dr. v. Krüdener erwähnt, dass man 2—4 Monate nach der Infektion in der vorderen Kammer, welche ja auch ein seröser Raum ist, zuweilen Papeln findet, welche sich von den Gummata unterscheiden; auch die Prognose ist besser; die Papel schwindet bald; zuweilen schwindet an der Stelle auch die ganze Iris (das Trabekelsystem) und es bleibt ein Loch. Daher möchte Krüdener auch die Geschwüre im Darm in diesem Fall für papulöse Geschwüre halten.

Dr. W. Lieven konstatiert auch das Leukoderma in diesem Fall.

Dr. Berg fragt, wie der Zusammenhang der Geschwüre mit dem Strang zu erklären sei.

Dr. Falkenburg erwidert, dass es ein Netzstrang war, welcher mit dem Infiltrat in Zusammenhang stand.

Dr. Bergmann hält eine solche Strangbildung aus einer gedehnten Adhäsion für sehr möglich.

Dr. P. Klemm bemerkt, dass man auch bei tuberkulösen Geschwüren solche Erscheinungen findet, auf der Stelle, wo auf der Schleimhaut das Ulkus gesessen hat. Als Analogon muss man die Rektumveränderungen annehmen; die Schleimhaut muss der primäre Sitz der Erkrankung sein.

Dr. Bergmann hält dem gegenüber aufrecht, dass in diesem Fall die Erscheinungen doch an der Serosa konstatiert seien, dass sie in einem frühen Stadium aufgetreten und dass die Patientin früher keine Erscheinungen von Seiten des Darmes gehabt.

Dr. P. Klemm kann sich den Ausgangspunkt von der Serosa nicht erklären, meint, es müsse der Ausgangspunkt die Mucosa gewesen sein. Es ist ihm auch unbekannt, dass derartige Syphilide auf der Serosa primär auftreten.

Dr. Hampeln meint, die differentielle Diagnose sei hier in der Tat sehr schwierig, die klinischen Erscheinungen entsprechen der Annahme, dass die Mucosa nicht beteiligt gewesen.

Dr. P. Klemm fragt, welcher Prozess denn hier der Erkrankung der Serosa zu Grunde liegen solle?

Dr. v. Bergmann erwidert, der Prozess entspreche der Plaquebildung auf der sonstigen Schleimhaut.

Nach Dr. Hirschberg's Ansicht können zuerst die kleinen Drüsen, welche in der Darmserosa liegen, im 2. Stadium der Lues intumescieren und von hier aus kann der Prozess auf die Serosa übergehen.

Dr. Zwingmann endlich bemerkt inbezug auf luetische Augenerkrankungen, dass gummöse Erkrankungen der Iris in allen Stadien der Erkrankung sich befinden, sie können gut ausheilen.

Dr. Voss demonstriert im Anschluss an die Diskussion der vorigen Sitzung über Sinusthrombose 2 Patienten, welche durch Verlauf und Ausgang ihrer Krankheit interessant sind; beide (1 Mädchen und ein Wärter aus Rothenburg) sind an einer akuten Otitis media erkrankt, die im ersten Fall (bei dem Mädchen) zur Aufmeisselung des Proc. mast. führte; am Sinus waren keine Veränderungen zu finden, trotzdem traten pyaemische Metastasen ein, (an beiden Handgelenken und ein grosser Abszess auf der Beckenschaufel, welcher schliesslich gespalten werden musste), erst nach 3 monatlichem Kranken-

lager konnte Patientin genesen und unverstümmelt bis auf die Narben entlassen werden. Anders war der Verlauf bei dem Wärter, auch hier hatte die Erkrankung mit einer akuten Otitis media mit heftigen Schmerzen und spontanem Durchbruch begonnen (etwa 5 Tage vor der Aufnahme ins Krankenhaus), bei der Aufnahme machte er den Eindruck eines an einer schweren Infektionskrankheit Leidenden mit schwer benommenem Sensorium und hoher Continua; eine fragliche Druckempfindlichkeit des Proc. mastoideus war nach ein paar Tagen entstanden und letzterer jetzt absolut unempfindlich; dafür trat ein eitriger Erguss in das eine Kniegelenk ein, welches bei der Punktion eine Reinkultur von Streptokokken aufwies; breite Spaltung drückte die Temperatur nicht herab und führte schliesslich zur Osteomyelitis des Femur, wegen dessen die Amputation im Oberschenkel gemacht werden musste; das Ohr war allmählig ausgeheilt, allerdings mit kleiner Perforation, ohne dass sich dort tiefere Erkrankungen nachweisen liessen. Voss kann auch diesen Fall nur als eine Pyaemie ansprechen, nicht als eine Sinusthrombose. Den Satz «keine Pyaemie ohne Thrombose», ausgesprochen auf einem der früheren Kongresse der Ohrenärzte, kann Voss nicht aufrechterhalten. Wir haben Pyaemie ohne Thrombose der grossen Gefässe wie an anderen Körperstellen, ebenso auch am Ohr. Ein Furunkel z. B. kann den Ausgangspunkt für eine schwere Osteomyelitis abgeben und ebenso kann das Ohr die Eingangspforte sein, es können pyaemische Erscheinungen auftreten, ohne dass am Sinus etwas gefunden worden; auch anatomisch sind solche Fälle konstatiert worden. Also eine Otitis media kann ebenso wie eine Angina z. B. die Eingangspforte nicht bloss für eine Pyaemie, sondern auch für andere Infektionskrankheit abgeben.

Voss bittet daher die Internisten auch bei Infektionskrankheiten, wie Gelenkrheumatismus, auf eine vorausgegangene Otitis media zu fahnden.

(Autoreferat).

Dr. P. Klemm's Meinung nach spricht für den Ausgangspunkt vom Ohr in beiden demonstrierten Fällen auch der Streptokokkenbefund, da ja die Ohrenerkrankungen ihren Ausgangspunkt auch vom lymphatischen Schlundring nehmen. Klemm hat einen Fall operiert, wo, allerdings auch bei einer Sinusthrombose, sich ein septischer Verlauf anschloss; er hat auch im Schweiss die Streptokokken gefunden, ebenso wie im Blut.

Dr. Woloschinsky referiert über eine Patientin, welche 2—3 Tage über Schwindel klagte, welche dann plötzlich hohe Temperatur bekam und bevor noch die Perforation des Trommelfells bei der Otitis eingetreten war, kam es zu einer Meningitis, die den Tod nach sich zog.

Weiter bemerkt er, dass auch eine ganz leichte lakunäre Angina zu einer Endokarditis führen kann, es braucht keine phlegmonöse zu sein.

Dr. Paul Klemm: die Thrombose kann auch die ganz kleinen Venen betreffen; die Ohrenärzte meinen gewöhnlich den Sinus lateralis; bei der Erkrankung des Prozes. mastoid. sind ja auch die kleinen Venen thrombosiert, diese können zu Pyaemie führen und insofern besteht nur ein gradueller Unterschied.

Dr. Voss: der Ausdruck «keine Pyaemie ohne Thrombose» bezog sich bei den Ohrenärzten gerade auf die Sinusthrombose, er selbst habe jedoch schon gesagt, dass er diese Ansicht nicht teile.

Dr. Woloschinsky gegenüber betont Voss, dass er nicht die direkte Infektion auf die Meningen gemeint habe, sondern auf die entfernteren Organe des Körpers.

(NB. In der Septembersitzung trägt Dr. Voss nach, dass er bald nach seinem Vortrage Gelegenheit hatte, einen Fall von Gelenkrheumatismus zu sehen, wo unmittelbar vorher eine Otitis media acuta bestanden, welche letztere bald ausheilte und dann in Gelenkrheumatismus überging).

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Mittelst Namentlichen Allerhöchsten Ukases ist der Senator Geheimrat Dr. med. Sergius Lukjanow, der bekanntlich früher Direktor des Instituts für Experimental-Medizin, dann Gehülfe des Ministers der Volksaufklärung war, zum Mitgliede des Reichrats ernannt worden, unter Belassung in der Senatorenwürde.

— Der Professor ord. der Therapie und Direktor der Hospitalklinik für innere Krankheiten an der militär-medizinischen Akademie, Dr. W. N. Ssirotinin, ist nach Ausdienung der 25-jährigen Dienstfrist von der Konferenz der Akademie auf weitere fünf Jahre wiedergewählt worden. Er steht gegenwärtig im 52. Lebensjahre.

— Der Ordinarius für Hygiene und Direktor des hygienischen Instituts an der Universität Freiburg in Br., Prof. Dr. Max Schottelius, kann in diesen Tagen auf eine 25jährige Tätigkeit als Universitätsprofessor zurückblicken.

— Die Gouvernements-Medizinalinspektoren Dr. Schmidt von Siedlce und Dr. Urwanzow von Astrachan sind einer auf die Stelle des anderen versetzt worden.

— Zum Oberarzt des den Namen Kaiser Alexanders III. tragenden Moskaner Hospitals ist von den elf Bewerbern der bisherige Ordinator an diesem Hospital Dr. Sergius Putschkow gewählt worden. Das genannte Hospital, bei dem sich auch eine Pasteur-station befindet, ist, wie aus Moskau berichtet wird, zur Zeit in wenig günstigem Zustande; es wird daher der neue Oberarzt viel zu arbeiten haben, um es auf das Niveau der Forderungen zu bringen, welche der zeitgenössischen Medizin entsprechen.

— Die Oberärzte: Dr. Nerlich vom Kalugaschen Infanterieregiment und Dr. Kohan vom 2. Reserve-Sappeurbataillon sind mit Uniform und Pension verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zu wirklichen Staatsräten.

— In Rostow (Gouv. Jaroslaw) beging vor kurzem der ältere Arzt des dortigen Landschaftshospitals und Arzt des weiblichen Progymnasiums und der Stadtschule Dr. Leonid Bogdanow das 30-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Tätigkeit, aus welchem Anlass dem Jubilar mehrere Adressen und von dem medizinischen Personal des Rostowschen Kreises ein Wertgeschenk überreicht wurden.

— Auf den schon längere Zeit durch den Rücktritt von Dr. A. Oppenheim erledigten Posten eines Präsidenten der St. Petersburger städtischen Sanitätskommission wurde wieder Dr. A. Oppenheim gewählt, nachdem er auf Bitten der Stadtverordneten seine Weigerung, die Kandidatur anzunehmen, zurückgezogen hatte.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 23. April in St. Petersburg der frühere Brigadearzt der Artillerie Dr. Rudolf Zoepffel nach längerer Krankheit im 75. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Livland und hatte seine medizinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1850—1854 studierte und der Korporation «Estonia» angehörte. Nach Erlangung der Doktorwürde i. J. 1855 wurde er Militärarzt und war jüngerer Arzt eines Grenadierregiments, dann eines Ulanen- und des Leibgarde-Ismailowschen Regiments. Im Jahre 1865 wurde Z. zum älteren Arzt einer Artilleriebrigade ernannt und fungierte zuletzt als Oberarzt eines Militärhospitals in Gatschina. Als er 1892 nach 36-jährigem Dienst pensioniert wurde, siedelte er nach Petersburg über, wo er die letzten Jahre seines arbeitsreichen Lebens in Zurückgezogenheit im Familienkreise verbrachte. 2) In Wilna Dr. Leiser Stembo, Arzt an der örtlichen hebräischen Schule, im 55 Lebensjahre nach mehr als 25-jähriger praktischer Tätigkeit. Der Verstorbene, welcher sich vorzugsweise mit der Behandlung von inneren und Nervenkrankheiten beschäftigte, ist auch mehrfach literarisch hervorgetreten. In unserer «St. Pet. med. Wochenschrift» hat er im Jahre 1902 eine Arbeit «Ueber die physiologische Wirkung und therapeutische Anwendung hochgespannter Ströme von starker Wechselzahl (Arsonvalströme)» veröffentlicht. 3) In Kolomna der Landschaftsarzt Porphyrius Karpow im Alter von 58 Jahren. Die Venia practicandi hatte er i. J. 1870 erlangt. 4) Am 6. April in Moskau der freipraktizierende Arzt Alexander Lebedew im 50. Lebensjahre nach 27-jähriger ärztlicher Tätigkeit. Er hat sich mit Opium vergiftet nach einer von ihm ausgeführten Tonsillotomie, die den Tod des Operierten zur Folge hatte. 5) In Berlin Dr. Wolf Becher, einer der angesehenen jüngeren Berliner Aerzte, an einer Influenza-Pneumonie. Der Dahingeschiedene, der nicht volle 44 Jahre alt geworden ist, war besonders eine Autorität auf dem Gebiete der sozialen Hygiene, die ihm manche wertvolle Anregung zu verdanken hatte. So sind die Berliner Walderholungsstätten für schwache Kinder auf seinen Vorschlag hin entstanden. Der Verstorbene ist auch schriftstellerisch vielfach an die Oeffentlichkeit getreten. 6) In London der ehemalige Professor der Medizin am Kings-College, Dr. L. Beale

Von Universitäten und med. Instituten.

— Der Professor ord. der Chirurgie an der Universität Bonn Dr. August Bier, der, wie gemeldet, als Nachfolger Prof. Czernys an der Universität Heidelberg berufen worden ist, hat, wie von verschiedenen Seiten übereinstimmend berichtet wird, diesen ehrenvollen Ruf abgelehnt.

— Der bekannte frühere Dermatologe der Universität Halle Prof. Dr. Kromayer, der in der letzten Zeit in Berlin praktizierte, hat die ärztliche Leitung des Berliner Krankenhauses für Haut- und Geschlechtsleiden übernommen.

— Die Staatsexamina in den medizinischen Fakultäten der russ. Universitäten sollen am 1. September d. J. beginnen. Die Prüfungen in den theoretischen Fächern werden 6 Wochen, in den praktischen aber das ganze Semester dauern. Die Gesuche um Zulassung zu den Prüfungen in den Regierungskommissionen werden vom 20. Juli bis zum 29. August entgegengenommen. Auf Verfügung des Ministers der Volksaufklärung werden zu den Prüfungen behufs Erlangung des Arztgrades auch diejenigen Studierenden zugelassen werden, welche bis zum Jahre 1904 neun Semester Kollegia gehört haben.

— Die Vorlesungen und wissenschaftlichen Beschäftigungen an der Moskauer Universität sollen am 17. April beginnen und werden bis zum 15. Juli dauern. In Anbetracht der Verlängerung des laufenden Semesters werden die Universitätskliniken, die gewöhnlich am 1. Mai geschlossen werden, noch im Mai und Juni für die Kranken geöffnet bleiben.

— Abweichend von den bisher üblichen Ernennungen des Chefs der militär-medizinischen Akademie durch das Militärkonseil, ist es jetzt der Konferenz der Akademie überlassen worden, selbst einen Kandidaten aus der Zahl der Professoren zu diesem Amte zu wählen. Die Bestätigung oder Nichtbestätigung des Gewählten hängt jedoch vom Militärkonseil ab.

Am 22. April ist denn auch, wie wir hören von der Konferenz zum Kandidaten für den seit dem Tode Prof. Tarenezkis erledigten Posten des Chefs der Akademie der ordentliche Professor der medizinischen Chemie Dr. A. J. Danilewski gewählt und dem Militärkonseil zur Bestätigung vorgestellt worden.

Standesangelegenheiten.

— Zu Mitgliedern der Reichsduma sind aus der Zahl der Aerzte — ausser den von uns bereits erwähnten DDr. Petrunkewitsch (Petersburg), Dolschenkow (Kursk) und Kolpakow (Petersb. Gouv.) — gewählt worden: Dr. Krylow in Ssamara, Dr. Kulikow in Astrachan, Chartachai in Rostow a./Don, Dr. Sinizinski in Kischinew, Dr. Paderewski in Petrikau, Dr. Malewski in Ljublin und Dr. Rzad in Lodz.

— Bekanntlich wurde im März vorigen Jahres durch einen Beschluss der Allerhöchst bestätigten Kommission zur Verhütung und Bekämpfung von Epidemien im Hinblick auf den Mangel an Aerzten gestattet, für die Zeit des japanischen Krieges Aerzte mit Diplomen ausländischer Universitäten anzustellen. Da nun gegenwärtig die Rückkehr des medizinischen Personals aus dem Fernen Osten erfolgt ist, so wird obiger Beschluss aufgehoben und können die im Auslande ausgebildeten Aerzte nur noch bis zum 1. Juli d. J. in ihren Aemtern verbleiben.

— Ein Riviera-Verein deutscher Aerzte. Die ziemlich zahlreichen deutschen Aerzte, die an der Riviera die Praxis ausüben, haben sich zu einem Riviera-Verein zusammengeschlossen. Der Verein bezweckt die Förderung der wissenschaftlichen und kollegialen Interessen und die Vervollkommnung der hygienischen Einrichtungen an der Riviera. Zentralsitz des Vereins ist Nizza. Alljährlich soll eine Sitzung an der italienischen Riviera stattfinden.

— Der Geschäftsausschuss der Berliner ärztlichen Standesvereine nahm nach der «Berliner Aerzte-Korr.» in seiner letzten Sitzung folgende Erklärung an: «Der Geschäftsausschuss bedauert das Urteil des Aerztlichen Ehrengerichtshofes vom 15. April 1905, welches den Aerzten die Verpflichtung auferlegt, bei zeitweiser Einstellung ihrer Tätigkeit für Vertretung zu sorgen. Dieses Urteil steht im Widerspruch zu den bisher giltigen Anschauungen der preussischen Aerzteschaft und erscheint geeignet, die persönliche Willensfreiheit jedes Arztes zu beeinträchtigen».

Kongressnachrichten.

— Der am 13./26. April geschlossene XV. internationale medizinische Kongress in Lissabon hat den vom XIV. internationalen med. Kongress in Paris gestifteten Preis von 3000 Frank dem Direktor des Instituts für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M. Prof. Dr. Ehrlich, für seine Arbeiten über die Leukocytose zuerkannt. Der zweite von der Moskauer Universität ausgesetzte Preis von 5000 Frank wurde Dr. Lauceron in Paris für seine Arbeiten über die Aetiologie der Malaria verliehen. In beiden Fällen ist ein würdiger Forscher in wohlverdienter Weise ausgezeichnet worden. Die Beteiligung an dem Lissaboner internationalen medizinischen Kongresse entsprach bei weitem nicht den Erwartungen; statt der 3000 Teilnehmer, auf die man gerechnet hatte, waren kaum 1000 erschienen.

— Das Royal College of Surgeons hat in seiner letzten Versammlung bei der diesjährigen Preisverteilung den wichtigsten, von Walker gestifteten Preis (ca. 1000 R.), der nach der Bestimmung des Gründers zur Ermutigung der Forschung über die Pathologie und Behandlung der Krebskrankheit dienen soll, einem Ausländer zugesprochen, nämlich Prof. Jensen in Kopenhagen. In der Begründung der Verleihung wird ausgeführt, dass nicht nur durch die eigentlichen Arbeiten Prof. Jensens die Erforschung der Natur des Krebses wesentlich gefördert ist, sondern, dass er auch einen grossen Einfluss auf seine Fachgenossen nach dieser Richtung ausgeübt hat, indem er Untersuchungen über längere Zeitabschnitte und unter besseren und zuverlässigen Bedingungen ermöglicht hat. Die übrigen Preise des Chirurgenkollegiums sind in England geblieben.

Den Jackson-Preis erhielt Dr. Elmslie für seine Arbeit über die Pathologie und Behandlung von Verunstaltungen der langen Knochen und die Ehrenmedaille des Kollegiums wurde dem Oberstleutnant Richard Charles für seine wertvollen anthropologischen Sammlungen verliehen.

— Die XX. Jahresversammlung der anatomischen Gesellschaft findet vom 1.—5. Juni n. St. in Rostock statt. Von dort wird der Gesellschaft auf Einladung der medizinischen Fakultät nach Kopenhagen und auf Einladung des Rektors der Universität nach Lund begeben.

Verschiedene Mitteilungen.

— Die französische Regierung hat der Frau und den beiden Kindern des verunglückten Entdeckers des Radiums, Prof. Curie, 12,000 Francs jährlich als Ehrengabe bewilligt.

— Die Subsidien, welche seitens der Stadt Petersburg dem Elisabeth- und dem Nikolai-Kinderhospital, dem Roshdestwenski Barackenlazarett, dem Krankenhause der St. Georgs-Gemeinschaft barmherziger Schwestern, sowie der St. Petersburger Augenheilanstalt bisher gezahlt wurden, sind in der letzten Sitzung der Stadtduma auch für das laufende Jahr bewilligt worden.

— Angesichts der in allen vier kaukasischen Kurorten (Pjatigorsk, Kislowodsk, Essentuki und Sheleanowodsk) eingetretenen Beruhigung hat die Stadtduma von Pjatigorsk beschlossen, um die Aufhebung des Kriegszustandes in diesen Bädern zu petitionieren.

— Der interimistische Generalgouverneur des Terekgebietes, in welchem diese Bäder liegen, hat neuerdings den mit ärztlichen Krankheitsattestaten versehenen hebräischen Kurgästen den Aufenthalt in Pjatigorsk gestattet.

— Der Entwurf des neuen Apothekerustavs wird, wie das offiziöse Blatt «Russkoje Gosudarstwo» mitteilt, in kurzer Zeit im Medizinalrat des Ministeriums des Innern endgültig durchgesehen werden. Mit der detaillierten Ausarbeitung des Entwurfs wurde eine besondere Kommission unter dem Vorsitz des Ober-Medizinalinspektors der Flotte Dr. Kudrin betraut.

— Die segensreiche Tätigkeit der Rigaer Rettungsanstalten beweist wieder der letzte Jahresbericht derselben: Im verflossenen Jahre wurde in den Rigaer Rettungsanstalten die erste medizinische Hilfe 5,787 Personen erwiesen. Unter diesen Personen, welchen in den Rettungsanstalten Hilfe zuteil wurde, befanden sich 2531 mit scharfen Waffen und 2049 mit stumpfen Waffen Verwundete, 274 mit Kontusionen, Quetschungen etc., 323 stark betrunkene Personen, 120 mit Brandwunden, 144 mit Schusswunden, 74 mit Knochenbrüchen, 74 mit Verrenkungen, 101 bei verschiedenen anderen Unfällen zu Schaden Gekommene und Erkrankte u. s. w. Die Unterhaltungskosten der Rettungsanstalten betragen i. J. 1905 — 1,475 Rbl. 59 Kop.

— Aus Japan bringt ein angesehenes englisches Blatt, der Daily Telegraph, die Nachricht, dass es dem bekannten japanischen Bakteriologen Dr. med. Ishigami gelungen sein soll, ein neues Mittel gegen die Tuberkulose zu entdecken. Nachdem er das Mittel 7 Jahre in 20 verschiedenen

Krankenhäusern ausprobiert hat, ist er nun auf einer Versammlung der «Japanischen medizinischen Vereine» damit an die Oeffentlichkeit getreten. Nach den statistischen Daten, die Ishigami in 7 Hospitälern gesammelt hat, sollen mit seinem Tuberkelantitoxin von 219 Kranken 79 vollständig geheilt worden sein, während bei 80 bedeutende Besserung konstatiert wurde.

Genauere Mitteilungen von ärztlicher Seite sind jedenfalls abzuwarten!

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 15. April d. J. 11160 (362 mehr als in der Vorwoche), darunter 854 Typhus — (4 mehr), 1028 Syphilis — (32 mehr), 372 Scharlach — (12 wen.), 171 Diphtherie — (34 mehr), 132 Masern — (7 mehr), und 29 Pockenkranke — (2 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche von 9. bis zum 15. April d. J. im ganzen 971 (542 M., 430 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 22, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 44, Scharlach 25, Diphtherie 31, Croup 0, Keuchhusten 10, Croupöse Lungenentzündung 45, Erysipelas 6, Grippe 7, Katarrhalische Lungenentzündung 118, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 14, Tuberkulose der Lungen 78, Tuberkulose anderer Organe 29, Alkoholismus und Dilirium tremens 17, Lebensschwäche und Atrophia infantum 70, Marasmus senilis 36, Krankheiten des Verdauungskanals 144, Totgeborene 45.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 9. Mai 1906.

Tagesordnung: Fuhrmann: Zur Frage der Säuglingsernährung.

Weber: Ueber Volvulus S. Romani.

Beschlussfassung über den Verbleib der Bibliothek.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 8. Mai 1906.

Beschlussfassung über den Verbleib der Bibliothek.

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Schwester **Hedwig Breyer** (zu erfragen bei Dr. **Bursian**: Троицкая 29 oder bei Frl. Kern: Конногвардейскій бульваръ 17, кв. 12).

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Zum Zweck der jährlich stattfindenden Kontrolle der Adressen der in der Liste der «St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift» verzeichneten Krankenpflegerinnen ersuchen wir Diese hiermit der Redaktion Ihre jetzigen Adressen mitzuteilen.

Die Redaktion
der „St. Petersburger Med. Wochenschrift".

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersb., Petb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 18 St. Petersburg, den 6. (19.) Mai. 1906.

Statistik der in meinem Laboratorium in den Jahren 1890 bis 1904 inklusive zur Untersuchung gelangten zuckerhaltigen Harne.

Von

Dr. J. Biel in St. Petersburg.

Die von mir in den genannten 15 Jahren ausgeführten Harnanalysen beziehen sich auf ein Untersuchungsmaterial, welches ausschliesslich aus den besser situierten Gesellschaftskreisen St. Petersburgs stammt. Die erhaltenen Resultate dürften daher geeignet sein, die bis jetzt publizierten Statistiken über Diabetes mellitus welche fast nur aus Universitäts-Kliniken stammen, nicht nur zu ergänzen sondern im Wesentlichen zu berichtigen. Professor Wilhelm Epstein spricht sich in der 1905 erschienenen dritten Auflage seiner Broschüre: „Ueber die Lebensweise der Zuckerkranken" wie folgt, aus: Die Zusammenstellung statistischer Notizen liegt um so weniger in dem Rahmen dieser Arbeit, als die Materialien zur Zeit völlig fehlen, um zu erweisen, worauf es meines Erachtens wesentlich ankommt, nämlich dass gerade in den besser situierten und wohlhabenden Ständen die Zuckerkrankheit häufiger geworden zu sein scheint".

Was die Ausführung meiner Untersuchungen betrifft, so wurde der Zuckergehalt stets quantitativ festgestellt, nachdem die Nylander'sche Probe (in ihrer ursprünglichen Vorschrift: nicht durch Kochen über der Flamme, sondern durch Erhitzen im Wasserbade) die Anwesenheit von Zucker ergeben hatte. Als ein zur quantitativen Bestimmung vorzüglich geeignetes und empfindliches Instrument erwies sich das Wild'sche Polaristrobometer, neben dem in Fällen von unter ein Prozent Zucker die Gährungsprobe stets ausgeführt wurde. Mit dem Lohnstein'schen Präzisiongährungssacharometer lassen sich nach meinen Erfahrungen noch Mengen von 0,12 pCt. Zucker bestimmen.

Der Albumingehalt des Harns wurde ebenfalls quantitativ festgestellt, nachdem die Heller'sche Probe und die Kochprobe deutliche Reaktion gegeben hatten. Mengen von mehr als 0,01 pCt., welche deutlich flockenförmige Ausscheidung gaben, wurden stets gravimetrisch auf der chemischen Wage bestimmt, kleinere Mengen, bis 0,0025 pCt. herab, nach der Verdünnungsmethode von Brandberg. Die mikroskopische Untersuchung der Sedimente wurde stets an zentrifugiertem Harn ausgeführt, seitdem die Firma A. Eberhardt — Berlin und St. Petersburg eine vorzügliche Harnzentrifuge konstruiert und zu sehr mässigem Preise in den Handel gebracht hatte. Andere ältere Konstruktionen von Zentrifugen haben sich bei längerem Gebrauch weniger gut bewährt.

Tabelle I und II.

Wie die Tabelle I zeigt, haben sich von 44338 untersuchten Harnen 7842 als zuckerhaltig erwiesen d. h. 17,7 pCt aller zur Untersuchung gelangten Harne. Von 23440 männlichen Harnen waren 5287 zuckerhaltig, von 20898 weiblichen Harnen waren 2555 zuckerhaltig. Von männlichen Harnen erwiesen sich also 22,55 pCt. zuckerhaltig, von weiblichen dagegen nur 12,22 pCt.

Die einzelnen Jahrgänge zeigen deutlich ein langsames Anwachsen der zuckerhaltigen Harne. Bis zum Jahre

Tabelle I.

Statistik der in den Jahren 1890 bis 1904 inklusive im Laboratorium von Dr. J. Biel in St. Petersburg zur Untersuchung gelangten zuckerhaltigen Harne.

Jahr.	Untersuchte Harne.	Glykosehaltige.	Prozente.	Männliche Harne.	Glykosehaltige.	Prozente.	Weibliche Harne.	Glykosehaltige.	Prozente.
1890	288	28	10,3	167	22	13,17	121	6	4,96
1891	828	121	14,6	495	86	17,37	333	35	10,5
1892	1252	243	19,4	768	177	23,05	484	66	13,6
1893	1792	303	16,9	1068	227	21,25	724	76	10,5
1894	2616	414	15,8	1650	319	19,33	966	95	9,83
1895	3544	539	15,2	2171	380	16,71	1373	159	11,6
1896	3810	564	14,8	1962	387	20,65	1848	177	9,6
1897	3882	636	16,3	2138	445	20,81	1744	191	10,9
1898	3893	655	16,8	1987	473	23,8	1906	182	9,5
1899	3812	618	16,2	1921	381	19,83	1891	237	12,5
1900	3745	704	18,8	1788	454	25,39	1957	250	12,8
1901	3686	690	18,7	1701	428	25,16	1985	262	13,2
1902	3728	724	19,4	1823	455	24,96	1905	269	14,1
1903	3728	791	21,2	1919	522	27,2	1809	269	14,9
1904	3734	812	21,7	1882	531	28,2	1852	281	15,2
Summe	44338	7842	17,7	23410	5287	22,55	20898	2555	12,22

Tabelle II.

Zuckerhaltige Harne nach dem Gehalte und dem Geschlechte geordnet.

Jahr	von 0,12–1 % Zucker		von 1–2 % Zucker		von 2–3 % Zucker		von 3–4 % Zucker		von 4–5 % Zucker		von 5–6 % Zucker		von 6–7 % Zucker		von 7–8 % Zucker		von 8–9 % Zucker		v. 9–10 % Zucker		Summe	
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.
1890	8	1	5	—	3	—	2	—	1	1	2	1	—	2	1	—	—	1	—	—	22	6
1891	43	9	14	11	16	5	7	1	3	—	1	7	2	2	—	—	—	—	—	—	86	35
1892	62	17	42	8	20	5	13	9	20	11	12	5	6	6	2	5	—	—	—	—	177	66
1893	86	29	32	11	28	3	21	4	34	15	12	10	8	4	3	—	3	—	—	—	227	76
1894	135	33	46	17	26	7	29	11	22	10	32	6	21	6	7	2	1	2	—	1	319	95
1895	195	64	50	25	35	25	28	16	23	12	22	6	17	9	7	—	1	2	2	—	380	159
1896	183	59	73	35	39	18	29	11	28	15	19	19	10	9	5	5	1	6	—	—	387	177
1897	186	51	101	33	44	29	26	29	35	21	41	20	5	7	6	1	1	—	—	—	445	191
1898	192	53	81	32	56	21	54	21	45	19	31	18	7	9	5	7	2	2	—	—	473	182
1899	143	58	67	51	51	34	57	25	27	24	19	26	13	12	1	7	3	—	—	—	381	237
1900	173	81	96	37	58	48	43	20	41	18	26	19	7	13	5	10	5	4	—	—	454	250
1901	185	102	78	45	41	23	46	21	40	24	19	22	10	14	5	7	4	4	—	—	428	262
1902	189	97	85	60	56	26	43	34	42	22	23	20	10	6	7	8	—	1	—	—	455	269
1903	202	77	106	48	65	51	66	36	37	17	22	20	17	9	5	8	1	2	1	1	522	269
1904	216	88	110	47	78	41	54	33	29	34	28	16	12	16	3	3	1	2	—	1	531	281
	2198	819	986	460	616	336	518	271	427	243	309	215	145	124	62	58	23	26	3	3	5287	2555
Prozente	72,85	27,15	68,19	31,81	64,71	35,29	65,65	34,35	63,73	36,27	58,97	41,03	53,90	46,10	51,66	48,34	46,9	53,1	50	50	67,42	32,58
im Ganzen	3017		1446		952		789		670		524		269		120		49		6		7842	

Tabelle III.

Zuckerhaltige Harne, welche ausserdem Albumin allein oder Albumin nebst Nierenelementen enthalten.

Jahr.	Summe der zuckerhaltigen Harne.	Eiweiss ohne Nierenelemente enthalt. Harne.	Prozent.	Eiweiss und Nierenelemente enthalt. Harne.	Prozent.	Summe der Eiweiss enthaltenden Harne.	Prozent.
1890	28	3	10,7	1	3,6	4	14,3
1891	121	18	14,9	11	9,1	29	24,0
1892	243	65	26,8	11	4,5	76	31,3
1893	303	69	22,8	19	6,2	88	29,0
1894	414	105	25,4	7	1.7	112	27,1
1895	539	123	23,0	38	7,0	161	30,0
1896	564	105	18,6	35	6,2	140	24,8
1897	636	110	17,6	41	6,1	151	23,7
1898	655	99	15,2	52	7,9	151	23,1
1899	618	84	13,5	49	8,0	133	21,5
1900	701	106	15,1	51	7,2	157	22,3
1901	690	88	12,7	26	3,8	114	16,5
1902	724	143	19,8	15	2,0	158	21,8
1903	791	152	19,3	47	5,9	199	25,2
1904	812	171	21,0	55	6,8	226	27,8
Summe . .	7842	1441	18,4	458	5,8	1899	24.22

Tabelle IV.

Zuckerhaltige Harne, welche noch Albumin oder Albumin und Nierenelemente enthalten

Jahr	von 0,12—1% Zucker		v. 1—2% Zucker		v. 2—3% Zucker		v. 3—4% Zucker		v. 4—5% Zucker		v. 5—6% Zucker		v. 6—7% Zucker		v. 7—8% Zucker		v. 8—9% Zucker		v. 9—10% Zucker		Summe	
	Albumin ohne Nierenelemente	Albumin und Nierenelemente	Albumin ohne Nierenelemente	Albumin und Nierenelemente	Albumin ohne Nierenelemente	Albumin und Nierenelemente	Albumin ohne Nierenelemente	Albumin und Nierenelemente	Albumin ohne Nierenelemente	Albumin und Nierenelemente	Albumin ohne Nierenelemente	Albumin und Nierenelemente	Albumin ohne Nierenelemente	Albumin und Nierenelemente	Albumin ohne Nierenelemente	Albumin und Nierenelemente	Albumin ohne Nierenelemente	Albumin und Nierenelemente	Albumin ohne Nierenelemente	Albumin und Nierenelemente	Albumin ohne Nierenelemente	Albumin und Nierenelemente
1890	1	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1
1891	6	2	4	3	3	4	2	—	1	—	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	18	11
1892	12	4	16	3	7	1	10	1	10	1	6	—	3	1	1	—	—	—	—	—	65	11
1893	19	10	10	3	6	2	9	3	14	—	7	—	4	—	—	—	—	1	—	—	69	19
1894	44	4	17	3	5	—	13	—	7	—	16	—	3	—	—	—	—	—	—	—	105	7
1895	57	19	15	6	13	9	10	2	12	—	10	1	3	1	1	—	2	—	—	—	123	38
1896	40	17	27	9	13	3	8	1	7	3	6	2	4	—	—	—	—	—	—	—	105	35
1897	39	16	24	10	15	8	5	4	12	—	13	3	1	—	1	—	—	—	—	—	110	41
1898	34	18	10	19	14	5	16	7	15	—	6	3	3	—	1	—	—	—	—	—	99	52
1899	22	14	14	17	15	9	16	7	9	1	5	1	3	—	—	—	—	—	—	—	84	49
1900	23	24	30	11	22	8	10	4	12	2	5	1	2	1	1	—	1	—	—	—	106	51
1901	38	20	16	4	6	2	6	—	15	—	3	—	2	—	1	—	1	—	—	—	88	26
1902	52	7	24	3	21	1	16	1	19	2	9	1	2	—	—	—	—	—	—	—	143	15
1903	48	16	35	14	32	9	17	5	10	2	6	1	4	—	—	—	—	—	—	—	152	47
1904	55	21	46	16	34	6	21	10	7	1	6	1	2	—	—	—	—	—	—	—	171	55
Summe .	490	193	288	121	206	67	161	45	150	12	99	16	37	3	6	—	4	1	—	—	1441	458
Prozent	16.2	6,4	19,9	8,4	21,7	7,0	20,5	5,7	22,4	1,8	18,9	3,0	13,8	1,1	5,0	—	8,2	2,0	—	--		
	22,6		28,3		28,7		26,2		24,2		21,9		14,9		5,0		10,2					

1899 inklusive war der Prozentsatz kleiner als der Durchschnitt der 15-jährigen Periode, nämlich bis 16,8 gegen 17,7 pCt. Vom Jahre 1900 an ist dagegen der Prozentsatz grösser als der Durchschnitt und geht bis 21,7 pCt.

In der Tabelle II sind die zuckerhaltigen Harne nach dem Gehalte und dem Geschlechte geordnet. Die Summe aller männlichen Harne ist 5287, die der weiblichen 2555, was ein Verhältniss von 67,42 pCt. männlicher gegen 32,58 pCt. weiblicher Harne ergiebt. In der I Kolonne (Harne von 0,15 bis 1 pCt. Zucker) sehen wir 72,85 pCt. männliche und 27,15 pCt. weibliche Harne. In den folgenden Kolonnen steigt der Prozentsatz der weiblichen Harne gradatim bis er bei den Harnen mit 8—9 pCt. Zucker 53,1 pCt. beträgt gegen nur 46,9 pCt. männlicher Harne.

Es erweist sich also, dass die Häufigkeit der Fälle beim männlichen Geschlecht überwiegt, die Intensität der Fälle dagegen beim weiblichen Geschlechte.

Tabelle III und IV.

In Tabelle III und IV sind diejenigen Zuckerharne aufgeführt, welche ausserdem noch einen Gehalt von Albumin allein oder in Verbindung mit Nierenelementen aufweisen. Unter Nierenelementen sind hier hyaline und granulierte Zylinder und Nierenepithelien begriffen. Das Vorkommen und die Bedeutung dieser Komplikation der Zuckerkrankheit ist in der letzten Zeit wiederholt Gegenstand von Untersuchungen gewesen. Ich verweise speziell auf die in der Wiener klinischen Wochenschrift vom Jahre 1904 erschienene Arbeit von Dr. Bernhard Vas: „Der Diabetes im Verhältniss zu den Albuminurien bezw. Nierenkrankheiten“, aus der ich Folgendes entnehme:

Die im Verlaufe des Diabetes so häufig auftretende Albuminurie ist ein den Klinikern schon längst bekanntes Symptom dieser Krankheit. Thenard und Dupuytren hielten das Auftreten von Albuminurie für ein günstiges Zeichen, Frerichs und Seegen legten ihr gar keine Wichtigkeit bei, Bence Jones glaubt, dass es für den Kranken besser sei, beide Leiden zu haben als blos Eines und Pary behauptet, dass der Diabetes, sobald sich nebenbei eine Nierenkrankheit entwickelt, die Neigung bekommt, zu heilen. Bouchardat und Senator wiesen auf das Irrtümliche dieser Ansicht hin und jetzt ist die Auffassung allgemein, dass die im Anschluss an Diabetes auftretenden Albuminurien in der grösseren Mehrzahl der Fälle den Krankheitsverlauf ungünstig beeinflussen.

Die Angaben in der Literatur über die Häufigkeit der Albuminurie beim Diabetes gehen weit auseinander. Frerichs fand sie nicht allzu oft, Cantani, Seegen und Eichhorst beobachteten sie häufiger, Jürgensen hält sie für ein ständiges Symptom des Diabetes.

Bei nachstehenden Autoren ist die Häufigkeit der diabetischen Albuminurie durch folgende Zahlen ausgedrückt: Schmitz 67 pCt., Lecorché 50 pCt., Bouchardat 45 pCt. Pollaczek 36,7 pCt., Naunyn 34 pCt., v. Noorden 23,5 pCt. Die Prozente sind immer bezogen auf die Gesammtzahl der Diabetesfälle. In der von Aldehoff zusammengestelten Külz'schen Statistik wurde unter 680 Diabetesfällen 540 mal, also in 79,4 pCt. Albuminurie ständig konstatiert, zeitweise fand sie sich 140 mal vor d. h. in 20,6 pCt. der Fälle (macht zusammen 100 pCt.). Nierenelemente waren in 70 pCt. der diabetischen Harne vorhanden.

Die Beobachtungen von B. Vas beziehen sich auf die im Laboratorium der Buda-Pester Polyklinik ausgeführten Untersuchungen und richteten sich sowohl auf die Häufigkeit der Albuminurie als auch auf das Vorkommen der Nierenelemente. Der Umstand, dass diese Untersuchungen meist ohne Kenntniss der klinischen Symptome der einzelnen Fälle vorgenommen wurden, vermindert nach der Ansicht von Vas nicht den Wert der so gewonnenen Daten und lässt die aus denselben gezogenen Folgerungen vollkommen zu Recht bestehen.

Die darauffolgenden Zahlen geben Aufschluss über die im Verlaufe von 7 Jahren beobachtete Häufigkeit der diabetischen Albuminurie an dem Untersuchungsmaterial des dortigen Laboratoriums. Im Jahre 1896 69,56 pCt., 1897 87,85 pCt., 1898 80,66 pCt., 1899 81,15 pCt., 1900 71,95 pCt., 1901 72,61 pCt. 1902 80,42 pCt. Die Gesammtzahl der untersuchten Diabetesfälle betrug 1821, hiervon waren 1407 solche, die Eiweiss aufwiesen, also ein siebenjähriger Mittelwert der Häufigkeit der diabetischen Albuminurie zu 77,27 pCt. Weiter erhielten von den 1407 zucker- und albuminhaltigen Harnen 268 Nierenelemente, was einer Häufigkeit von 19,05 pCt. entspricht. Diese im Vergleich zu den von Külz-Aldehoff gefundenen 70 pCt. so auffallend kleine Zahl lässt sich vielleicht aus dem Umstande erklären, dass Külz ein und denselben Fall einer wiederholten Untersuchung unterzog, was bei den Fällen von Vas grösstenteils nicht möglich war. Die Menge des Zuckers stand zu den vorhandenen Eiweissmengen in keinem geraden Verhältnisse. In dem grössten Teile der Fälle wurden neben den verschiedensten Zuckermengen bloss Spuren von Albumin gefunden, während quantitativ messbare Albuminmengen nur in der geringeren Anzahl der Fälle vorhanden waren. Auch zwischen der Grösse der Zuckerausscheidung und der Häufigkeit der Zylindrurie liess sich auf Grund der Vas'schen Fälle kein einfacher Zusammenhang konstatieren.

An dem in meinem Petersburger Laboratorium vorkommenden Untersuchungsmaterial liessen sich drei Kategorien von Albuminurien feststellen:

1) Treten geringe Mengen Albumin, bis ca. 0,01 pCt., ohne Anwesenheit von Nierenelementen, sehr häufig vikarierend auf, wenn der Zuckergehalt des Harns durch strenger durchgeführte Diät plötzlich stark vermindert wird, wenn also die Nieren, nachdem sie längere Zeit unter hohem osmotischen Druck gestanden haben, plötzlich hiervon entlastet werden. Steigt der Zuckergehalt wieder, so verschwindet das Albumin wieder aus dem Harn. Ein solches wechselweises Auftreten des Albumins kann bei ein und demselben Patienten jahrelang bestehen und hat das Albumin in diesen Fällen keine klinische Bedeutung.

2) Treten reichlichere Mengen von Albumin in Begleitung von meist zahlreichen Leukozyten, aber ohne Nierenelemente, auf, wenn sich zu dem bestehenden Diabetes akuter oder chronischer Blasenkatarrh oder Nierenbeckenentzündung beigesellt. Diese Komplikation bedingt keine direkte Lebensgefahr und kann nach meinen Erfahrungen bei ein und demselben Patienten viele Jahre lang fortbestehen. In diese Kategorie lassen sich auch die Fälle einreihen, in welchen die Albuminurie eine Folge von Arteriosklerose, meistens bei älteren Leuten, ist.

3) Tritt die Albuminurie in anfangs geringeren, aber immer steigenden Mengen, bis zu 1 pCt. und darüber, auf, wobei der Harn zugleich hyaline oder granulierte Zylinder neben Nierenepithelien und Leukozyten aufweist. Diese Komplikation ist eine schwere und führt fast immer in kürzerer oder längerer Zeit zum Tode. In diesen Fällen zeigt sich, dass mit dem Auftreten und der Entwickelung der Nierenentzündung der Zuckergehalt immer geringer wird und oft ganz verschwindet.

Wie aus Tabelle III hervorgeht, habe ich in weitaus geringerem Prozentsatze Albumin bei zuckerhaltigen Harnen gefunden als Vas und Andere. Dagegen stimmen meine Befunde genau mit den von Noorden'schen Tabellen (23,5 pCt.) überein. Von 7842 von mir untersuchten zuckerhaltigen Harnen enthielten 1899 Eiweiss (24,22 pCt.); 1441 eiweisshaltige Harne wiesen keine Nierenelemente auf und in 458 wurden Zylinder und Nierenepithelien gefunden, was einem Prozentsatze von 18,4 resp. 5,8 entspricht.

Am häufigsten zeigte sich nach Tabelle IV. Eiweiss bei den Harnen von 1—2 und 2—3 pCt. Zucker, nämlich in 28,8 resp. 28,7 pCt.; die Harne mit höherem Zuckergehalte zeigten entsprechend weniger häufig Albumin. Z. B. waren bei Harnen mit 6—7 pCt. Zucker nur 14,9 pCt. Albuminhaltig. Dasselbe Verhältnis zeigte bei sich den Harnen, die neben Zucker und Eiweiss noch Nierenelemente enthielten. Harne von 1—2 und 2—3 pCt. Zucker enthielten in 8,4 resp. 7 pCt. der Fälle Nierenelemente, Harne von 6—7 pCt. Zucker aber nur in 1,1 pCt. der Fälle.

Zum Schlusse führe ich aus der Kasuistik noch einige Untersuchungsresultate an, welche die von mir oben aufgestellten drei Kategorien von diabetischen Albuminurien veranschaulichen.

Nr. 1. Frau El..ow, 62 Jahre alt.

Jahr	Journal №	Zucker %	Eiweiss %	Bemerkungen.
1900	39782	3,9	0	
1900	40192	3,1	0	
1900	42480	2,5	0	
1901	45514	2,98	0	
1902	51341	2,4	0	
1902	52453	1,5	0,0038	
1903	54375	3,14	0	
1903	55176	3,96	0	
1903	56214	2,2	0,0034	
1904	59922	1,8	0,0071	
1904	62427	1,3	0,0084	

Fall 2 Herr B...r 48 Jahre alt.

1894	6926	7,4	0	
1894	7061	6,28	0	
1894	7276	3,3	0,0087	
1894	7493	5,0	0	
1894	8346	5,6	0	
1894	8578	3,9	0,0040	
1894	8695	4,0	0,0055	
1894	8827	4,2	0	

Fall 3. Mädchen S. 14 Jahre alt.

1906	67510	10,0	0	
1906	67551	4,4	0	
1906	67640	1,6	0,0038	
1906	67718	2,2	0,0032	
1906	67783	0	0,0025	

Fall 4. Herr H...g 63 Jahre alt.

1903	56374	3,75	0	
1903	58629	2,89	0,0043	
1904	58963	2,65	0,0033	
1904	59875	3,3	0	
1904	60497	1,65	0,0034	
1904	60732	2,01	0	
1904	61224	2,6	0	
1904	61776	3,46	0	
1904	62158	2,25	0,0041	
1904	63022	3,14	0	
1905	64277	1,22	0,0035	
1905	65129	6,16	0	
1905	66877	0	0,0169	hyal. u. gran. Zylinder Exitus letalis.

Fall 5. Frau B...wa, 66 Jahre alt.

1894	8949	7,2	0	
1895	13008	6,4	0	
1896	17872	7,0	0	
1896	19108	6,1	0	
1897	26240	5,8	0,0048	
1898	30815	2,8	0,0125	Leukozyten.
1899	32989	6,0	0,0287	„
1899	34237	5,0	0,0795	„
1899	35844	6,2	0,0845	„
1900	38225	6,2	0,1700	„ exitus letalis.

Fall 6. Herr von P. 63 Jahre alt.

1898	31674	3,7	0	
1898	31958	3,5	0	
1899	32748	3,8	0,0037	wenig Leukozyten.
1899	35359	3,4	0,0135	ziemlich „
1899	35963	3,6	0,0573	„ „
1899	36833	3,4	0,1008	zahlreich „
1900	37902	1,9	0,0485	ziemlich „
1900	38448	2,5	0,0637	„ „
1900	39234	3,3	0,0232	wenig „
1900	43105	2,6	0,0784	ziemlich „
1901	44622	4,5	0,0888	„ „
1901	45538	4,4	0,0453	„ „
1902	50451	3,86	0,1064	Reaktion ammoniakal.
1002	52098	3,25	0,1810	„ Leukozyt. reichl.
1902	53503	2,51	0,2622	„ „ „
1903	54559	3,76	0,1512	„ „ „
1903	55428	1,54	0,2004	„ „ „
1903	57419	0,37	0,3896	„ „ „
1903	58229	0,2	0,4972	„ „ „
1904	59551	0,36	0,4412	„ „ „
1904	60184	0,16	0,3356	exitus letalis.

Fall 7. Frau G...r 57 Jahre alt.

1901	43322	5,97	0	
1901	45159	5,5	0	
1902	50613	5,03	0	
1902	54781	5,23	0	
1903	57574	6,32	0	
1903	57894	3,3	0,0065	
1903	58154	5,0	0	
1904	58999	2,92	0,0035	
1904	59861	1,0	0,0264	hylaine Zylinder.
1904	60319	1,1	0,0063	granul. „ exitus letalis.

Fall 8. Frau J...ja 60 Jahre alt.

1901	45546	6,95	0	
1901	46542	4,14	0,0117	wenig Leukozyten.
1902	49098	3,77	0,0193	„ „
1902	49519	4,08	0,0389	ziemlich „
1902	50641	5,95	0,0315	„ „
1902	52928	5,81	0,0512	„ „
1903	53806	6,6	0,0692	„ „
1903	54392	5,8	0,0505	granul. Zylinder.
1903	55352	5,5	0,0716	„ „
1903	56022	5,72	0,1120	„ „ exitus letalis.

St. Petersburg, d. 5. Februar 1906.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

F. Calot: Technique du Traitement de la luxation congénitale de la hanche. Avec 206 figures dans le texte et 5 planches. Paris 1905. Masson et C-ie, Editeurs. Prix — 7 frs.

Die vorliegende Monographie über die Technik der Behandlung der angeborenen Hüftgelenksluxation aus der Feder des berühmten Dr. Calot stellt ein Buch vor, welches den genannten Stoff in recht interessanter Weise behandelt. Von dem Standpunkte ausgehend, dass jede angeborene Hüftgelenksluxation, welche nicht schwer zu diagnostizieren sei, einer rationellen Behandlung unterzogen werden muss, soll dieselbe auf unblutigem Wege stattfinden und führt zu einem dauernden Erfolge. Je früher dieselbe vorgenommen wird — bereits bei 2 und 3-jährigen Kindern, sobald sie stubenrein geworden sind — desto günstiger sei die Prognose und gebe, bis zum 7. Jahre vollbracht, fast 100 Proz. Dauererfolge.

In dem ersten grossen Abschnitt seines Werkes bespricht Verf. genauer die Technik der Behandlung, welche aus der Reposition und dem Fixieren des reponierten Oberschenkels in der Pfanne zu bestehen habe. Der zweite Abschnitt bildet den klinischen Teil des Buches. Zahlreiche Abbildungen, z. T. schematisch die Methodik der Eingriffe illustrierend, z. Teil durch vorzügliche Radiogramme die Stellung des Gelenks und seiner Knochen vor und nach der Reposition vorführend, tragen zum leichteren Verständnis des behandelten Stoffes bei.

Von grossem Interesse ist es jedenfalls die Anschauungen des französischen bekannten Orthopäden über dieses zu den brennendsten Fragen gehörende Thema kennen zu lernen, und bekommt man nach Anhören seiner Behandlungsart die Ansicht, dass nicht nur ein Chirurg von Profession, sondern auch jeder praktische Arzt, welcher sich in dieses Gebiet auf Grund des Calot'schen Buches ernstlich vertieft, im Stande sein muss, erfolgreich an die Behandlung der angeborenen Hüftgelenksluxation zu gehen.

Hecker.

J. Veit: Die Verschleppung der Chorionzotten (Zottendeportation). Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann, 1905.

Veit, der sich mit der Frage der Zottendeportation eingehend beschäftigt, fasst in der vorliegenden Monographie seine Resultate zusammen und bringt die Schlussfolgerungen, die das Ergebnis seiner langdauernden mühevollen Arbeit gewesen. Veit hat festgestellt, dass während der Schwangerschaft Chorionzotten d. h. Bestandteile der Eiperipherie in den Kreislauf gelangen. Chorionzotten oder Teile derselben lösen sich von der Eiperipherie ab, der Blutstrom saugt dieselben in die mütterlichen Venen, in denen man dann Zottenpartikelchen findet. Das Abgerissenwerden von Zotten sieht Veit als pathologisch an, während die Deportation von Chorionepithelien physiologisch ist und die ganze Schwangerschaft hindurch dauert. Die Zellen der Eiperipherie, insbesondere das Syncytium werden, wenn sie in den mütterlichen Kreislauf gelangen, normaler Weise aufgelöst, können aber in die Lungenarterien gelangen, was Schmorl zuerst an Eklamptischen nachgewiesen hat. Die Verschleppung der Chorionepithelien kann zu Thrombose und Embolie führen (Plazentarzellenembolie), analog den Fettembolien bei komplizierten Frakturen.

Veit hat zuerst die Anwendung der Ehrlich'schen Seitenkettentheorie auf die «chemischen Folgen der Zottenverschleppung» aufgebracht. Die Lösung des in das Blut eintretenden Körpers setzt im Blut einen lösenden chemischen Körper, ein Lysin, voraus: das Syncytium, das als Gift fungiert, wird als fremder Körper durch Seitenketten an die Erythrozyten chemisch gebunden, hierdurch bildet sich eine chemische Verbindung, das Syncytiolysin, als Antitoxin aus. Das mit dem Syncytiolysin zu einem unschädlichen Körper verbundene Syncytium wird von dem mütterlichen Körper ausgeschieden. Das Serum Schwangerer und Kreissender hat gegenüber dem Syncytium auflösende Fähigkeit. Das Auftreten von Albumin während der Schwangerschaft wird mit obigen Erscheinungen in Zusammenhang gebracht. Bei der Schwangern gelangt das gelöste Syncytium — ein Eiweisskörper — ins Blut und passiert die Nieren, diese werden nicht geschädigt, wenn es sich um geringe Mengen von Eiweiss handelt, dagegen stellen sie eine Schädlichkeit dar, wenn es sich um eine Einverleibung grösserer Mengen Syncytioms handelt. Bei der Eklampsie findet man nach Veit mehr Syncytium in den Lungenarterien, als normal. Eine Vergiftung des Organismus, wie sie die Eklampsie darstellt, entsteht, wenn Syncytium in vermehrter Menge ungelöst vorhanden ist, oder plötzlich zu reichlich auftritt oder endlich, wenn sich zu wenig Lysin gebildet.

Lingen.

Bircher-Benner: Grundzüge der Ernährungstherapie. 2. Auflage. Berlin. Otto Salle 1906. Pr. 3 M.

Verf. ist Leiter eines Sanatoriums: «Lebendige Kraft» in Zürich. Er ist begeisterter Vegetarier und muss man ihm zugestehen, dass er ein sehr beträchtliches medizinisches Wissen mit Geschick seiner Argumentierung zu Grunde legt. Sein Feldzug gegen die eiweissreiche Kost, besonders das Fleisch, wird ihm durch die neuen Ergebnisse der Rubner'schen Untersuchungen über die Rolle des Eiweisses für den Energieumsatz erleichtert. Es geht aus den neuen Untersuchungen hervor, dass die Voit'sche Formel tatsächlich weit mehr Eiweiss verlangt, als nötig ist und dass 30 Gramm Eiweiss bei einem Gesamtumsatz von 3000 Kalorien genügen. Das Interessante und Neue an dem vorliegenden Buche ist die Betonung des sogen. «Potential» der Nahrung, d. h. der Intensität mit welcher die verschiedenen Nahrungsstoffe eine Aenderung ihres Energiezustandes bei der Einführung in den Organismus anstreben. Wenn auch die Klassifizierung der Nahrungsmittel nach diesem «Potential» in «Akkumulatoren» verschiedener Ordnung noch absolut hypothetisch und willkürlich erscheint, so hat doch die Ansicht, dass der Nährwert eines Nahrungsmittels nicht allein vom Gehalt an Eiweiss, Kohlenhydraten und Fett abhängt, entschieden eine grössere Bedeutung, als ihr meist zugestanden wird. Mit Recht wird ferner betont, dass nicht alles Eiweiss gleichwertig für die Ernährung ist. Ueberraschend, aber nachzuprüfen wäre die Beobachtung, dass Darmkatarrhe mit Durchfällen oft rasch bei einer Kost von rohen Früchten in feinzerkleinerter Form zur Heilung gelangen.

Therapeutisch gilt für alle Leiden: Vegetabilien in rohem Zustande. Nebenbei erkennt Verf. die Notwendigkeit der Medikamente bei gewissen Krankheiten an, ebenso den Wert physikalischer Heilmethoden.

O. Moritz.

Beiträge zur Ohrenheilkunde. Festschrift, gewidmet August Lucae zur Feier seines siebzigsten Geburtstages. Mit einer Heliogravüre, vier Tafeln und zwölf Textabbildungen. Berlin. Verlag von Julius Springer, 1905.

Das von Kollegen, Freunden und Schülern des Jubilars gewidmete Werk enthält 24 wertvolle und interessante otiatrische Beiträge, die zusammen einen 419 Seiten starken, stattlichen Band bilden. Unter den Mitarbeitern finden wir hier fast durchweg altbekannte Namen hervorragender Fachmänner, die in mehr oder weniger intimeren Beziehungen zu Lucae gestanden haben. Bei der Fülle des Materials und reichem Inhalte des Werkes müssen wir uns leider auf die Titelangabe der Beiträge beschränken:

1. H. Schwarze (Halle): Zur Einführung in die Aufgaben des praktischen Arztes bei der Behandlung Ohrenkranker. 2. A. Politzer (Wien): Bartolomeo Eustachio. 3. A. Knapp (New York): Report of a Case of Parotitis in an Adult (in englischer Sprache geschrieben). 4. E. P. Friedrich (Kiel): Ein Beitrag zur ohrenärztlichen Begutachtung von Unfallskranken. 5. D. Schwabach (Berlin): Beitrag zur pathologischen Anatomie des inneren Ohres und zur Frage vom primären Hirnabscess. 6. A. Thost (Hamburg): Der chronische Tubenkatarrh und seine Behandlung. 7. O. Körner (Rostock): Können die Fische hören? 8. E. Bloch (Freiburg): Zur Skopolaminnarkose in der Otochirurgie. 9. L. Katz (Berlin): Allgemeines und Spezielles über die Bedeutung und die Technik der mikroskopischen Untersuchung des inneren Ohres mit einigen histologischen Bemerkungen und drei Abbildungen. 10. A. Passow (Berlin): Gehörgangsplastik bei der Radikaloperation chronischer Mittelohreiterungen. 11. R. Pause (Dresden): Die klinische Untersuchungsmethode des Gleichgewichtssinnes. 12. R. Haug (München): Naevus cutaneus des Meatus und des Trommelfells. 13. H. Dennert (Berlin): Zweckmässige Einrichtungen im Gehörorgan. 14. A. Barth (Leipzig): Einige allgemeine Betrachtungen über Indikationen zum Operieren bei schweren Ohrerkrankungen. 15. I. Habermann (Graz): Ueber Veränderungen des Gehörorgans bei Anencephalie. 16. V. Hinsberg (Breslau): Zur Kenntnis der vom Ohr ausgehenden akuten Sepsis. 17. P. Manasse (Strassburg): Ueber haemorrhagische Meningitis nach eitriger Mittelohrentzündung. 18. O. Brieger (Breslau): Zur Klinik der Mittelohrtuberkulose. 19. E. Berthold (Königsberg): Syringomyelie nach einem Trauma, Otitis media, schnelle Bildung eines Ohrcholesteatoms, Radikaloperation und einander widersprechende Gutachten. 20. W. Kümmel (Heidelberg):

Ein Fall von seröser Meningitis neben Kleinhirnabszess. 21. F. Kretschmann (Magdeburg): Ueber Mittönen fester und flüssiger Körper, 22. B. Heine (Berlin): Zur Kenntnis der subduralen Eiterungen. 23) F. Grossmann (Berlin): Ueber Mittelohreiterung bei Diabetikern. 24. H Sessons (Berlin): Die Veränderungen des Augenhintergrundes bei otitischen intrakraniellen Komplikationen.

A. Sacher.

Protokolle
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1341. Sitzung am 21. November 1905.

1. Dr. Masing: demonstriert die rechte Lunge, die er 3 Stunden vorher einer Leiche entnommen hatte.

Der ganze Ober- und Mittellappen fast ganz luftleer geworden durch 3 Prozesse. 1) Vielfache bindegewebige Induration, die an der Spitze besonders tief ins Gewebe dringt, an der Pleura narbige Einziehungen veranlassend. 2) kleine Herde käsiger Pneumonie, nirgends von grösserem Umfange als etwa ein Fingernagel, 3) dicht an einander gedrängte Tuberkel, die luftleere Herde von Wallnussgrösse oder mehr bilden; an vielen lässt der zentralgelegene durchschnittene Bronchus erkennen, dass es peribronchitische Infiltrationen sind. Der Unterlappen ist verhältnissmässig gesund, nicht atelektatisch, obgleich sich zwischen der Lunge und Zwerchfell ein abgesacktes Transudat fand, das weder blutig noch eitrig war. Die andere (nicht mitgebrachte) Lunge hatte in ihrem Oberlappen ein ebensolches Bild gezeigt nur weniger entwickelt. Das Herz anscheinend kleiner, sonst hatte die Sektion nichts bemerkenswertes offenbart.

An der demonstrierten Lunge war nun das auffallend, dass es nur hie und da in der Nähe der Spitzen zu Zerfall des Gewebes gekommen war, höchstens 3—4 erbsengrosse Höhlen waren da.

Der Grund, warum M. diese Lunge zeigte, war der: Er hatte den Verstorbenen 14 Jahre gekannt und ihn während seiner letzten Krankheit 2½ Monate lang 3 mal wöchentlich besucht und untersucht. Der fortschreitende Verfall, das hohe Fieber (die Kurve wird vorgelegt), immer stärkere Perkussionsdämpfung auf beiden Lungen sicherten ja die Diagnose Lungentuberkulose. Aber auskultatorisch waren nie Rasselgeräusche nachweisbar, nur starke Abschwächung des Respirationsgeräusches bei gut erhaltenem Stimmfremitus. Nirgends wurde das Respirium bronchial. Aber das bemerkenswerteste ist, dass Patient nicht hustete. Jedes Mal forschte M. nach, ob er wirklich nicht huste. Die Frau und Tochter gaben zu, dass er an einem Abende, dann wieder mal an einem Morgen gehustet hätte, was der Kranke selbst nie zugab, der doch bei Bewusstsein war. Dann aber sagten auch Frau und Tochter: nein in diesen Tagen hat er nich gehustet.

Dass Lungentuberkulose ohne anderweitige Komplikationen zum Tode führt und der Kranke dabei so gut wie gar nicht hustet, ist jedenfalls eine seltene Beobachtung.

Immer war dieser Verstorbene skelettmager und todtenbleich gewesen, doch aber die 14 Jahre, die M. ihn kannte, immer gesund und hatte seinen Dienst keinen Tag versäumt.

Diskussion:

Dr. Westphalen erklärt, dass zweifellos Tuberkulose vorliege; es finden sich neue und alte bronchopneumonische Herde, ganz frische, verkäste und beginnende Kavernenbildung aufweisende. Er führt einen ähnlichen Fall an, der im deutschen Alexander-Hospital zur Sektion kam. Klinisch bestanden starke Dämpfung über den Lungen, reichlicher eitriger Auswurf, keine Tuberkelbazillen in ihm zu finden, Febris continua, Diazoreaktion des Harns. Die Diagnose wurde auf käsige Pneumonie gestellt. Bei der Sektion fand sich ausgedehnte lobuläre Pneumonie mit Uebergang in Verkäsung, aber ausserdem Miliartuberkulose der Lungen und des ganzen übrigen Körpers.

Dr. Kernig erwähnt aus seiner Tätigkeit an der Taubstummenanstalt, dass bei chronischer Pneumonie der Taubstummen in einzelnen Fällen kein oder auffallend geringer Husten beobachtet werde. Ein Knabe, bei dem er bereits Kavernen fand, hustete niemals. Offenbar sei der Kehlkopf der Taubstummen wenig empfindlich, da er wenig gebraucht werde.

Dr. Kroug: Ueber Morbus Basedowii.

(Der Vortrag soll in der St. Petersb. med. Wochenschrift im Druck erscheinen).

Diskussion:

Dr. Kernig spricht dem Vortragenden seinen Dank aus für den Genuss, welchen die ausführliche und zusammenfassende Darstellung gewährt hat.

Dr. Westphalen sieht nicht selten Basedowkranke, welche an gastrischen Störungen leiden und weist auf ein Symptom hin, welches Kroug nicht erwähnt hat, den Singultus mancher Basedowpatienten, welcher als muskuläres Symptom mit dem Tremor in Parallele zu setzen wäre, ferner auf mässige Temperatursteigerungen, welche bei schweren Fällen von Basedow nicht selten vorkommen. Weiter erwähnt er einer Erscheinung, die ihm in einem Falle, wo Basedow mit Hysterie kombiniert war, entgegentrat: progrediente Abmagerung trotz überreichlicher Ernährung ohne Diarrhoe aber in Verbindung mit auffallend kopiösen, im übrigen gut verdauten Stühlen. Mit Besserung des Allgemeinbefindens hörten diese überreichlichen Defaekationen auf und damit auch die Körpergewichtsabnahme, worauf ein allmäliger Anstieg des Gewichts eintrat. Dieses Symptom liesse sich erklären, entweder durch die Annahme einer Störung der Darmresorption auf nervösem Boden, oder einer isolierten Hypermotilitätsneurose des Dünndarmes, welche theoretisch möglich ist, insofern als Bechterew und Mtislawski sie nachgewiesen haben.

Blessig: Die aus Augenheilanstalten stammenden Angaben über die relative Häufigkeit der Augenstörungen beim Morbus Basedowii haben keine Giltigkeit, da solche Patienten nur gelegentlich und zufällig zum Augenarzt kommen. Keines der Basedow'schen Augensymptome macht (Graefe, Stellwag, Moebius) erhebliche Beschwerden, die den Pat. veranlassen könnten augenblickliche Hilfe zu suchen. Die einzige schwere Komplikation des Morbus Basedowii seitens des Auges ist die zum Glück nicht häufige Hornhautulceration. Zur Erklärung der Entstehung dieser schweren zu Vereiterung der Hornhaut führenden Affektion genügt weder der Exophthalmus, noch auch die Hypaesthesie der Kornea und der dadurch bedingte seltnere Lidschlag. Offenbar sprechen hier ebenso wie bei der Keratitis neuroparalytica auch noch trophische Strömungen eine Rolle. Eine Alteration des Hornhautgewebes und seiner Resistenz glaubt Bl. auch zur Erklärung eines Falles heranziehen zu dürfen, in dem bei einer Dame ein doppelseitiger Keratokonus während einer von neurologischer Seite als Morbus Basedowii gedeuteten nervösen Erkrankung sich entwickelt zu haben scheint.

Dr. Kernig hält ebenso wie Vortr. die Basedowkrankheit für eine recht häufige, Erkrankung gestützt auf seine Erfahrungen nicht nur in der Privatambulanz und Praxis, sondern grade im Hospital wo sich bei der einfachen Bevölkerung namentlich durch aufmerksames Untersuchen und Beobachten der Herzkranken eine grosse Reihe von Basedowkranken auffinden lasse. Viele Fälle erstrecken sich über das ganze Leben, zeigen einen wellenförmigen Verlauf, bis sie im allerletzten Stadium ins Hospital kommen und hier meistens klinisch als Herzkranke angesprochen werden (als dilatatio cordis, grobe Kompensationsstörungen, Hydrops). Diese Ansicht, dass recht viele der Herzkranken im Hospital ursprünglich Basedowkranke waren, hat bereits Botkin ausgesprochen. Ein führendes Moment bei dieser Spätdiagnose ist die Struma, von der immer Reste zurückbleiben, und dann die ungleiche Weite der Lidspalte, ob durch einen noch bestehenden Exophthalmus oder ungleiche Innervation bedingt, bleibt dahingestellt. Weiter findet sich in jedem Falle eine deutliche Vergrösserung des Herzens, wieder mit Uebergang durch eine Herzmuskelerkrankung in Herzerkrankung. Auffallend ist, dass Kroug den Exophthalmus relativ selten gefunden hat, nach Kernigs Erfahrungen ist er häufiger. Alle anderen Symptome nach Krougs Aufzählung sind sehr wesentlich, namentlich auch die psychischen Alterationen.

Bezüglich der Therapie ist Thyreoidin als ein den Zustand wesentlich verschlechterndes Mittel, als ein direktes Gift für Basedowkranke zu bezeichnen. Ausser Ruhe und reizloser Diät muss Kernig nach einer langen Erfahrung das Argentum nitricum fast als ein Specificum für den Basedow hinstellen. Es muss in nicht kleinen Dosen (0,2 gramm auf 30 Pillen mit Bolus, nicht mit einem Extrakt) regelmässig auf möglichst leeren Magen genommen werden, nach Petersburger Zeiteinteilung also früh morgens, 1 Stunde vor dem Mittage und möglichst spät abends. Mit diesem Regime ohne alle weiteren Mittel hat Kernig viele gute Erfolge erzielt, und betont nochmals die Bedeutung des Argentum nitricum, welches ein Tonicum ebenso wie das Eisen sei, und auch zu einer toxischen Aetiologie der Krankheit gewisse Beziehungen haben kann. Den Landaufenthalt in Finnland kann er eben-

falls sehr befürworten. In reinen Fällen von Basedow hat er kein Fieber beobachtet.

Dr. Heyking erkundigt sich nach den neueren Erfahrungen über die operative Therapie des Morb. Bas., namentlich in schweren Fällen, wo eine grosse Struma vorliegt und bei der Operation, wie er dies in der Klinik von Julius Wolff gesehen hat, riesiger Blutverlust eintritt.

Dr. Kroug hat über operative Therapie wenig Erfahrung. Die Literaturangaben über die Resultate nach Operationen weisen wenig Heilungen auf, Besserungen wohl mehr doch bleibt es immer fraglich, wie lange die Fälle nach der Opetion verfolgt worden sind. Kocher selbst hat sich in letzter Zeit gegen die Operation ausgesprochen grade auf Grund der starken Blutungen, und schlägt statt dessen die Unterbindung von 3 art. thyreoid. von den 4 vorhandenen vor. Doch giebt es noch Operateure, welche die Basedowkrankheit ausschliesslich als ihre Domäne beanspruchen. Ueber Argentum nitricum hat er in der Literatur, wenigstens der letzten Jahre nichts erwähnt gefunden. Die jüngeren Kollegen sind meist von grosser Skepsis gegen das Mittel erfüllt, da sie auch bei Tabes und Neurasthenie keine Erfolge von ihm sehen. Anzeichen von Ungleichheit der Lidspalten hat K. auch beobachtet, was wohl als Rest des ungleich ausgebildeten Exophthalmos aufzufassen ist. Der Exophthalmos bildet sich durch vasomotorische Propulsion und mangelhaften Tonus der Augenmuskeln, bei längerem Bestehen soll ein stärkeres retrobulbäres Fettpolster entstehen, welches später wieder resorbiert wird. Gegen das Fieber bei Basedow verhält er sich skeptisch, die Hauttemperatur kann wohl bis um einen Grad erhöht sein infolge der starken Durchblutung der Haut. Diletatio cordis hat K. nur auf dem Höhestadium der Krankheit gefunden, ganz ausnahmlos jedoch bei älteren Leuten, bei diesen bedingt durch Myodegeneration, Muskelschwäche des Herzens, obgleich Askanazy in seinen Fällen keine Fettdegeneration des Herzens, wohl aber aller anderen Muskeln fand.

Direktor: W. Kernig.
stellv. Sekretär: Michelson.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau.

Oktober-Sitzung 1905.

1. Siebert demonstriert einen Fall von Leukämie. Der 31-jährige Patient war vor 2 Jahren an Malaria erkrankt und andauernd mit grossen Mengen Chinin behandelt worden. Allmählich stellte sich eine Zunahme des Leibesumfanges und eine Schwellung des Gesichts und der Füsse ein. Im August wurde der Kranke von einem Arzt punktiert, wobei sich aus dem Abdomen eine nicht sehr grosse Menge einer chokoladenfarbigen Flüssigkeit entleerte. Siebert fand das Abdomen stark geschwollen; der untere Leberrand befand sich ca. 1 cm. unterhalb der Rippenbogen; die Milz war kolossal vergrössert, ihre Spitze befand sich zwischen Nabel und Lig. Ponparti; die Lymphdrüsen in der Inguinal- und Brachialgegend waren mässig geschwollen. Es bestand Oedem des Gesichts und starke Schwellung der Füsse bis zum Knie. Bei der Blutuntersuchung zeigte es sich, dass die roten Blutkörperchen stark verändert waren und eine mangelhafte Geldrollenbildung aufwiesen. Die Zahl der weissen Blutkörperchen war kolossal vermehrt; unter ihnen fanden sich viele Lymphocyten. Im Urin kein Eiweiss, Herztöne rein, Pleurasäcke frei; Pupillen reagierten. — Die Behandlung bestand in der Darreichung von Arsen. Augenblicklich, d. h. nach 2-monatlichem Gebrauch, ist eine bedeutende Besserung aller Symptome zu konstatieren. Die Prognose bleibt allerdings trotzdem eine schlechte.

2. Siebert demonstriert einen Fall von Lymphoma malignum. Der 49-jährige Patient erkrankte im Frühjahr mit Erbrechen und Durchfällen. Bald darauf trat eine Schwellung der Halsgegend auf, verbunden mit Hustenreiz. Seit dem August befindet sich der Kranke in Behandlung. Augenblicklich finden sich zu beiden Seiten des Halses druckempfindliche, nicht verschiebliche, hühnereigrosse Drüsenpackete. Die Milz ist nicht vergrössert. Das Blut zeigt eine erhebliche Zunahme an weissen Blutkörperchen, während an den roten nichts krankhaftes zu finden ist. Die Lungen sind anscheinend gesund. Es bestehen beständig mässige Temperaturerhöhungen. Der Patient ist in so hohem Masse kachektisch, dass sein baldiges Ende vorauszusehen ist.

3. Ischreyt spricht über die Beziehungen des Turmschädels zum Auge. Nachdem er zunächst den Begriff des «Turmschädels» näher definiert und die Grundsätze der Schädelmessung kurz gestreift hat, bespricht er die Augenveränderungen, die sich als Folge jener Schädelabnormität zu entwickeln pflegen. Zum Schluss berichtet Ischreyt über einen eigenen Fall, der dadurch von Interesse ist, dass bei ihm eine völlige Rückbildung der Augenstörungen eintrat. Der 15-jährige Patient zeigte am 14. Juli 1904 folgenden Befund: Refraktion r—3,5 l h—3,0 vert. — 3,5 Ophthalmosk. beiderseits nasaler Papillenrand verwischt und leicht geschwellt, die nasalen Netzhautvenen stark geschlängelt. Visus rechts cc.—3,0=0,6, links cc.—3,5=0,4; Das Gesichtsfeld zeigte beiderseits eine mässige konzentrische Einengung für Weiss und eine starke für Rot und Grün. Die Schädelmasse sind: grösste Länge 180 mm.; grösste Breite 143; Oberhöhe 132; Nasion-Inion 178; Kalottenhöhe 120; der Längen-Breiten-Index beträgt 79,4; der Längen-Höhenindex 73,3; der Schwalbesche Kalottenhöhenindex 67,4. Die Sutura coronaria, lambdodea und sagittalis sind als Leisten fühlbar.

Am 2. Juli war der Visus rechts mit der Correktion = 1,25, links = 0,9; das Gesichtsfeld für Weiss und Rot hat zugenommen, für Grün nicht, Ophthalmoskopisch ausser einer Venenschlängelung nichts auffallendes. (Ende Januar 1905 war das Gesichtsfeld für Weiss, Rot und Grün normal).

Präses: Prissmann.
Sekretär: Ischreyt.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der ausgezeichnete Kliniker Professor Dr. Christian Bäumler in Freiburg i. Br. feierte am 13. Mai n. St. seinen 70. Geburtstag. Bereits im Jahre 1860 absolvierte er seine Studien in Erlangen und war dann 3 Jahre Assistenzarzt an der dortigen Poliklinik unter Kussmaul und Ziemssen. Nachdem er hierauf 9 Jahre in London als Arzt an verschiedenen Hospitälern gewirkt, kehrte er 1872 als akademischer Lehrer nach Erlangen zurück, folgte aber bereits 1874 einem Rufe an die Universität Freiburg, wo er seit Kussmauls Abgange Direktor der medizinischen Klinik ist.

— Der ordentliche Professor emer. der militär-medizinischen Akademie, beratendes Mitglied des Medizinalrats und des militär-medizinischen gelehrten Komitees, Dr. A. J. Danilewski ist nach Ausdienung der Dienstfrist vom Amte eines Professors der medizinischen Chemie enthoben und, der Wahl der Konferenz gemäss, zum Chef der militär-medizinischen Akademie ernannt worden, unter Belassung als Mitglied des Medizinalrats und Enthebung von dem Amte eines beratenden Mitglieds des militär-medizinischen gelehrten Komitees.

— Ein seltenes Arztjubiläum. Im Kreise seiner Angehörigen sowie zahlreicher Freunde und Berufskollegen beging vor kurzem der angesehene Hofarzt Dr. Theodor Stolte in Potsdam sein 70-jähriges Doktorjubiläum. Der Jubilar, welcher im Juli d. J. sein 91. Lebensjahr erreicht, erfreut sich trotz seines hohen Alters noch grosser körperlicher Rüstigkeit und geistiger Frische.

— Der bekannte berliner Chirurg Prof. Dr. Sonnenburg ist zum Ehrenmitgliede der Gesellschaft der Aerzte Finnlands (in Helsingfors) ernannt worden.

— Ordensverleihungen: Der St. Annenorden I. Klasse — dem ordentl. Professor der militär-medizinischen Akademie Dr. Wl. Bechterew und dem Haupt-Feldmilitär-Medizinalinspektor Dr. E. Gorbazewitsch, letzterem für Auszeichnung in den Kämpfen gegen die Japaner — mit Schwertern. Der St. Stanislausorden I. Klasse dem Korpsarzt des II. Armeekorps, Dr. P. Chrumow. Der St. Wladimirorden III. Klasse — dem Gehülfen des Medizinalinspektors des Turkestanschen Militärbezirks Dr. N. Lebedew und dem etatmässigen Konsultanten der St. Petersburger Gemeinschaft barmherziger Schwestern zur Kreuzeserhöhung, Dr. Tr. Kubly.

— Der ausseretatmässige Assistent an der gynäkologischen Klinik der Moskauer Universität Dr. Noreiko ist zum

Kurator des Blindeninstituts in St. Petersburg ernannt worden.

— Zum Wesenbergschen Kreisarzt (Estland) ist Dr. Konrad Martinson ernannt worden.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 24. April in Dorpat Dr. August Hansen nach langem Siechtum im 66. Lebensjahre. Er war in Dorpat geboren, wo sein Vater Oberlehrer des Gymnasiums und Dozent der Geschichte an der Universität war, besuchte das örtliche Gymnasium und widmete sich dann dem Studium der Medizin an der damals in höchster Blüte stehenden Dorpater Universität, an welcher er von 1857—62 immatrikuliert war und der Korporation «Livonia» angehörte. Nach Erlangung der Doktorwürde i. J. 1864, setzte er seine Studien in Wien und Halle fort und liess sich dann als praktischer Arzt in seiner Vaterstadt nieder, wo er von 1866—68 zugleich als Assistent an der chirurgischen und 1868—71 an der ophthalmologischen Universitätsklinik fungierte. Der Hingeschiedene war ein Mann von grossem Wissen und mit regem Interesse nicht allein für seine medizinische Wissenschaft, sondern auch für andere Wissenszweige, zugleich aber auch durch seine Tüchtigkeit und Gewissenhaftigkeit ein beliebter Arzt sowie durch sein leutseliges Wesen ein überall gern gesehener Gesellschafter. Leider störte das tückische Leiden, von dem die ersten Anfälle bereits während seiner Assistentenzeit auftraten, seine Absicht, in den 70ger Jahren eine Privat-Augenklinik in Pleskau zu gründen, und hinderte ihn später vollkommen in der Ausübung seines Berufes. Mit August Hansen ist nicht nur ein tüchtiger Arzt, sondern auch ein Mann von ehrenwerter Gesinnung dahingegangen, dem alle, die ihn gekannt, ein liebevolles Andenken bewahren werden. — 2) Im Gouvernement Pleskau am 23. April nach längerer Krankheit der freipraktizierende Arzt Richard Aawakiwi-Espenstein im vor kurzem vollendeten 33. Lebensjahre. Der Verstorbene stammte aus dem Gdowschen Kreise und hatte seine Schulbildung in Dorpat erhalten, wo er auch von 1894—1900 Medizin studierte und den Arztgrad erlangte. Seine ärztliche Tätigkeit begann er in Dorpat, siedelte aber bald nach Narwa über, wo er auch als Redakteur der estnischen Zeitung «Uudised» fungierte. Aus seiner Feder stammen auch einige wissenschaftlich-populäre Artikel in estnischer Sprache. 3) Im Kirchdorfe Charbai der Arzt des dortigen Krankenhauses Alexander Rewerssow nach kaum einjähriger praktischer Tätigkeit. Er hat sich in einem Anfall von Schwermut erschossen. 4) Am 20. April in Moskau Dr. J. W. Ssumarokow an Tuberkulose im 43. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher seit 1888 die Praxis ausübte, erfreute sich als geschickter Chirurg grosser Popularität in Moskau. 5) In Nancy der Prof. emer. der dortigen medizinischen Fakultät Dr. L. H. Hecht im Alter von 75 Jahren. Aus Strassburg gebürtig, war H. bis 1870 Prof. an der Strassburger Universität, siedelte aber nach dem deutsch-französischen Kriege nach Nancy über.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Zum Nachfolger des verst. Professors Bobrow auf dem Lehrstuhl der chirurgischen Fakultätsklinik der Moskauer Universität ist, wie verlautet, Professor Dr. J. Spisharni, der bisher das chirurgische Kabinet bei dem Alexejewschen Ambulatorium leitete, gewählt worden.

— Der Privatdozent und Assistent der II. med. Universitätsklinik (Charité) in Berlin, Prof. Dr. Oskar de la Camp, hat einen Ruf als ausserordentlicher Professor an die Universität Marburg erhalten und wird ihm Folge leisten. Prof. Camp ist durch seine wissenschaftlichen Arbeiten, namentlich durch seine mit Dr. Oestreich gemeinsam verfasste anatomisch-klinische Studie «Anatomie und physikalische Untersuchungsmethoden» bekannt geworden.

— Wie die militär-medizinische Akademie bekannt macht, laufen bei ihr zahlreiche Anfragen bezüglich der Aufnahme von Studierenden in diesem Jahre ein. Bis jetzt ist jedoch die Frage betreffs der Neuaufnahme von Studierenden i. J. 1906 noch nicht entschieden, da infolge Einstellung jeglicher Lehr- und Lerntätigkeit die Studenten in denselben Kursen, wie zu Beginn des Lehrjahres 1905 geblieben sind und zum ersten Kursus daher nicht nur Studenten, die 1904 Aufnahme gefunden haben, sondern auch Studenten, welche i. J. 1905 aufgenommen worden sind, gehören. Falls nun in diesem Jahre wiederum eine Aufnahme in den I. Kursus stattfinden sollte, so würde dieser Kursus im Lehrjahr 1906/1907 also Studenten aus drei Jahrgängen (1904, 1905 und 1906) aufweisen. Die Frage, betreffend eine neue Aufnahme von Studierenden, wird von der Konferenz der Akademie in der zweiten Hälfte dieses Monats beraten und falls die Entscheidung in bejahendem Sinne ausfallen sollte, durch eine entsprechende Publikation bekannt gemacht werden. Im entgegengesetzten Falle wird eine Publikation nicht erfolgen.

— Vierhundertjähriges Jubiläum. Zur Erinnerung an die vor 400 Jahren erfolgte Gründung der Universität Frankfurt a./Oder fand am 6. Mai n. St. in der Breslauer Universität, die bekanntlich 1811 mit der Frankfurter Hochschule vereinigt wurde, eine Festfeier statt.

— Die Universität in Melbourne beging vor kurzem das 50-jährige Jubiläum ihres Bestehens.

Kongressnachrichten.

— In der letzten allgemeinen Sitzung des internationalen medizinischen Kongresses in Lissabon wurde zum nächsten Kongressorte im Jahre 1909 Budapest gewählt. Es lagen der Versammlung Einladungen der Regierungen von Ungarn, Griechenland, den Vereinigten Staaten Nordamerikas und offiziös auch von Japan vor.

— Ein internationaler ärztlicher Kongress zum Ausdruck von Protesten gegen den Krieg wird in Paris von Dr. J. Rivière, Chefredakteur des «Journal et Annales de Physiothérapie» geplant. Zu diesem Behuf wurde im vorigen Jahre ein internationaler medizinischer Verein zur «Förderung der Abschaffung des Krieges» ins Leben gerufen. Unter den Mitgliedern des Bureaus finden wir die Namen angesehener Männer, wie Berthelot, Lombroso, v. Esmarch, Roux, Sir William Thomson, Baccelli, Weichselbaum und von russischen Aerzten, A. I. Lebedew, N. Ratschinski, Bashenow u. a. m. Anmeldungen zur Mitgliedschaft sind an den Präsidenten des Vereins Dr. J. Rivière (Paris. 25 rue des Mathurins) zu richten. Der Termin des Kongresses wird rechtzeitig angezeigt werden.

Standesangelegenheiten.

— Zu Mitgliedern der Reichsduma sind aus der Zahl der Aerzte — ausser der von uns bereits früher angeführten — neuerdings gewählt worden; Dr. Salomon Fränkel, Arzt am jüdischen Krankenhause in Uman (Gouv. Kiew) und Dr. Meilach Tscherwonenkis, Landschaftsarzt im Gouv. Woronesh.

— Die vor einiger Zeit arretierten Aerzte A. A. Dijewanowski in Odessa und J. W. Jurkewitsch in Kiew sind aus dem Gefängnis entlassen worden.

— Dem Dr. G. Gorbunow, der aus dem Terekgebiet ausgewiesen war, hat der Statthalter des Kaukasus gestattet, nach Pjatigorsk zurückzukehren und seine ärztliche Tätigkeit wieder aufzunehmen.

— Wie die hiesige Zeitung «XX Wjek» mitteilt, hat in der Nacht auf den 18. April in der Wohnung des Dr. Beer Sinani eine Haussuchung stattgefunden. Obschon in der Wohnung nichts gefunden sein soll, ist doch dort die Hörerin der medizinischen Kurse E. B. Sinani arretiert worden, (R. Wr.).

— Der Professor der Chirurgie an der Odessaer Universität Dr. N. K. Lyssenkow, der — wie wir s. Z. mitgeteilt haben — wegen Aufreizung zu bewaffnetem Widerstande vors Kriegsgericht gestellt wurde, ist von letzterem zu zweimonatiger Festungshaft, jedoch ohne Beschränkung seiner Rechte verurteilt worden.

— Zu den Vorrechten staatlich angestellter Aerzte gehört bekanntlich auch die Offenhaltung ihrer Anstellung im Zivildienste während ihrer Einberufung zum Militärdienste. Dass diese Verordnung aber nicht immer berücksichtigt wird, beweist folgender in der «Libauer Ztg.» mitgeteilter Fall: Während des Krieges mit Japan wurde auch in Kurland der Perkuhnensche Gemeindearzt Dr. Schmähmann zum aktiven Dienst einberufen. Zu seinem Stellvertreter wählte die Gemeinde einen anderen Arzt. Als nun Dr. Schmähmann nach seiner Entlassung aus dem Militärdienst das obenerwähnte Recht in Anspruch nehmen wollte und die Perkuhnensche Gemeinde um seine Wiederanstellung als Gemeindearzt ersuchte, lehnte der Perkuhnensche Gemeindeausschuss dieses Gesuch ab, da die Gemeinde den stellvertretenden Gemeindearzt inzwischen definitiv angestellt hatte, und stellte Dr. Schmähmann frei, gegen diesen Beschluss der Gemeinde beim Kommissar Berufung einzulegen.

Verschiedene Mitteilungen.

— Nochmals das Virchow-Denkmal. Die beiden grössten Aerztevereinigungen Berlins, die Medizinische Gesellschaft und der Verein für innere Medizin, haben sich im Namen der Berliner Aerztegesellschaft gegen die Ausführung des mit dem ersten Preise gekrönten Denkmalsentwurfes des Bildhauers Klinsch, über den wir in Nr. 16 dieser Wochenschrift berichteten, ausgesprochen. Die Vorstände der beiden Gesellschaften — darunter die Prof. v. Bergmann, v. Leiden, Senator, Orth — haben an den geschäftsführenden Ausschuss zur Errichtung des Virchow-Denkmals eine Protesterklärung gerichtet, in der es heisst, dass in allen Aerztekreisen nur eine Stimme darüber herrscht, dass dieses Modell nicht als Denkmal Virchows zur Ausführung gelangen darf, da eine allegorische Darstellung nur einseitig und unvollständig das Wirken Virchows wiedergeben kann. Die Aerzte erwarten ein ihren Wünschen und Gefühlen entsprechendes Denkmal, das Virchow so darstellt, wie er unter ihnen gelebt und gewirkt hat, und wie sie ihn vor ihrem geistigen Auge sehen, ein Denkmal, das der Nachwelt seine Gestalt und seine charaktervollen Züge überliefern soll.

— Das englische Royal College of Surgeons hat für die Preisarbeiten des nächsten Jahres folgende Themata bestimmt: 1) Die Chirurgie des Herzens und der Lungen, einschliesslich des Herzbeutels und der Pleura. 2) Verhütung des Stockens der Zähne, ein Beweis dafür, dass dieses früher als geringfügig betrachtete Leiden jetzt als höchst bedeutsam für die Entstehung vieler anderer und schwerer Krankheiten anerkannt wird.

— Lysol. In Deutschland ist infolge der sich häufenden Selbstmordfälle durch Lysol der Verkauf von Lysol und verwandten Präparaten durch Bundesratsbeschluss wesentlich eingeschränkt worden. Die Kresolseifenlösungen, Lysol, Lysosolöl etc., sind in das Giftgesetz eingereiht worden. Sie dürfen in unverdünntem Zustande oder in Lösungen, die mehr als 1 pCt. enthalten, nur an zuverlässige Personen und nicht an Kinder abgelassen werden. — Weiter ist angeordnet worden, dass Gefässe und Umhüllungen worin Gifte abgegeben werden, ausser der Aufschrift «Gift» noch die Inhaltsangabe tragen müssen.

— Schädlichkeit toter Tuberkelbazillen. Neue Versuche von Calmette und Breton, deren Ergebnis soeben der Pariser Akademie mitgeteilt worden ist, haben gelehrt, dass bei Meerschweinchen, die mit Schwindsuchtskeimen angesteckt worden sind, die wiederholte Einführung kleiner Mengen durch Kochen getöteter Schwindsuchtskeime in den Magen den Tod beträchtlich beschleunigte, in derselben Weise, wie das durch wiederholte Einführung kleiner Tuberkulinmengen geschieht. Es wurde weiter festgestellt, dass bei gesunden Meerschweinchen die wiederholte Einführung durch Kochen getöteter Tuberkelbazillen nicht unschädlich ist und zuweilen Störungen hervorruft, die denen ähnlich sind, die eintreten, wenn nichtperlsüchtigen Tieren in Zwischenräumen von wenigen Tagen mehrere kleine Mengen Tuberkulin dargereicht werden. Aus diesen Versuchen, deren Ausdehnung auf grosse Tiere (Rinder und Ziegen) bereits begonnen worden ist, schliessen die Beobachter, dass selbst entkeimte Milch, die von perlsüchtigen Kühen stammt, nicht als Nahrungsmittel benutzt werden dürfe, da die Tötung der Keime durch Hitze nicht genüge, um der Milch jede Schädlichkeit zu nehmen: man solle namentlich durchaus vermeiden, Kinder oder Erwachsene, die schon schwindsüchtig sind, mit Milch perlsüchtiger oder verdächtiger Kühe, selbst wenn sie entkeimt ist, zu ernähren.

Bf.

— Die Gesellschaft für die Wohleinrichtung von Essentuki (Общество благоустройства Ессентуковъ) stellt Aerzten, die eine Kur brauchen, sich erholen, oder auch nur die kaukasischen Badeorte kennen lernen wollen, in der Zeit vom 15. Mai bis 15. Juni, und vom 1. August bis zum Ende der Saison 20 vollständig eingerichtete Zimmer mit Beheizung und Bedienung zur unentgeltlichen Benutzung zur Verfügung. Alle Aerzte ohne Ausnahme sind von der Zahlung der Kurtaxe befreit und können unentgeltlich die Mineralwässer, alle Arten von Bädern und andere Kurmittel benutzen. Anmeldungen sind wie folgt zu adressieren: Терская область, Ессентуки. Новая казенная гостинница, Д-ру Алексѣю Алексѣевичу Ющенкову.

— Bad Kissingen, die Quellenstadt des berühmten Rakoczy und der kohlensäurereichen Sole, eröffnete seine Saison offiziell am 15. April. Die Verabreichung von Bädern, obenan der ausgezeichnet wirkenden Sole- und Pandurbäder, sowie der Wellen- und Moorbäder, begann bereits am 1. April. Seit der vergangenen Saison, die mit einer Gesamtfrequenz von 36,000 Personen abschloss, ist die Ausgestaltung, Verbesserung und Verschönerung des Bades und der Stadt mit Hochdruck weitergeführt worden. Durch die jetzt vollendete Erweiterung des Kasinobades, eines grossartigen Monumentalbaues, hat sich die Zahl der in den drei königlichen Badeanstalten vorhandenen Badekabinen bis auf 400 vermehrt. Selbst bei stärkster Frequenz ist von nun ab ein Mangel an Badekabinen nicht mehr zu befürchten. Auch für Fangobehandlung sind durch Einrichtung je einer Herren- und Damenabteilung vermehrte und verbesserte Räume geschaffen worden. Im Kurgarten hat der südlich bei der Rakoczyquelle mündende Teil der prächtigen Arkaden zum Schutze des Publikums gegen schlechte Witterung einen Abschluss durch Glaswände und eine Heizanlage erhalten. Zudem kann der Rakoczy gewissen Röhren gleich vorgewärmt entnommen werden. Das Gradierwerk der Saline, eins der grössten und besten der Welt, hat gleichfalls erfreuliche Wandlungen erfahren, insbesondere durch Vermehrung der Liegeplätze für Neurastheniker. Bei der Ausführung zahlreicher gärtnerischer Neuanlagen hat wieder feines künstlerisches Empfinden gewaltet. In der Stadt selbst sind zahlreiche schöne Neubauten, meist Villen und Sanatorien sehr malerischen Gepräges, entstanden. Der Anschluss der Hotels und Kurhäuser an die elektrische Zentrale ist erfolgt — überall flammt elektrisches Licht auf. Neue ausgedehnte Regulierungen von Strassen, insbesondere der Kurhausstrasse, bedeuten eine wesentliche Verbesserung des Verkehrs. Auch die Steigerung der Leistungsfähigkeit der Bahnstrecke «Ebenhausen-Kissingen» durch Legen eines zweiten Gleises ist mit Freuden zu begrüssen. Für die Kurmusik und die Elitekonzerte sorgt in dieser Saison das rühmlichst bekannte Wiener philharmonische Orchester. Das kgl. Theater wird mit ersten Kräften und einem sorglich gewählten Repertoire aufwarten. Mithin steht ein glänzender Verlauf der Saison zu erwarten. Der vornehm-behagliche Charakter des Badelebens, den Herr v. Bechtolsheim seit vielen Jahren mit Erfolg zu wahren wusste, wird unter dem neuen Badekommissär, Frhrn. v. Moreau, erhalten bleiben.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 22. April d. J. 11054 (106 wen. als in der Vorwoche), darunter 832 Typhus — (22 wen.), 1086 Syphilis — (58 mehr), 376 Scharlach — (4 mehr), 169 Diphtherie — (2 wen.), 130 Masern — (2 wen.), und 30 Pockenkranke — (1 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche von 16. bis zum 22. April d. J. im ganzen 962 (534 M., 428 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 21, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 5, Masern 41, Scharlach 24, Diphtherie 17, Croup 0, Keuchhusten 14, Croupöse Lungenentzündung 44, Erysipelas 7, Grippe 10, Katarrhalische Lungenentzündung 129, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberkulose der Lungen 119, Tuberkulose anderer Organe 30, Alkoholismus und Dilirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 52, Marasmus senilis 28, Krankheiten des Verdauungskanals 120, Totgeborene 40.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 9. Mai 1906.

Tagesordnung: Fuhrmann: Zur Frage der Säuglingsernährung.
Weber: Ueber Volvulus S. Romani.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 8. Mai 1906.

Beschlussfassung über den Verbleib der Bibliothek.

Vom 20. Mai bis Ende August a. c. praktiziere ich in

Kemmern,

Dr. med. Friedr. v. Berg.

Ich praktisiere den Sommer in Willmanstrand (Finnland) und empfehle mein Sanatorium.

Dr. Buch.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petitist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. – Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersb., Petb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 19 St. Petersburg, den 13. (26.) Mai. 1906.

Dieser № liegt №№ 4 u. 5 der «Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften» bei.

Ueber die erfolgreiche Uebertragung der Syphilis auf Affen.

(Vortrag, gehalten im Verein St. Petersburger Aerzte am 7. März 1906).

Von

Prof. Dr. O. v. Petersen.

M. H.! Die Bemühungen durch Uebertragung von Syphilis-Produkten auf Tiere experimentell Syphilis bei denselben hervorzurufen, um diese polymorphe Krankheit eingehender studieren zu können, sind sehr alt [1]). Am besten kann ich die früheren Bestrebungen charakterisieren durch die Wiedergabe folgender Stelle aus dem freilich bereits 1886 erschienenen, aber bis heute zu den besten zählenden Handbuch des Prof. Jullien „Traité pratique des maladies veneriennes". Dieselbe lautet in dem Kapitel über die Natur der Syphilis auf pag. 538—539 folgendermassen:

„Es giebt wohl wenige Syphilidologen, die nicht in der einen oder anderen Weise Impfversuche mit Syphilis bei Tieren vorgenommen haben. Dieselben Experimente, seit 40 Jahren tausendfach variiert, haben stets dasselbe Resultat gegeben — nämlich ein negatives. Wenn man wiederum die einst von Auzias-Turenne angeregte Diskussion durchliest und mit denjenigen vergleicht, die in letzter Zeit von Martineau und Coquard veranlasst sind, so ist man erstaunt über die Gleichartigkeit der Beobachtungen, sowie der Argumente die für und gegen dieselben ins Feld geführt werden. Es ist der Affe, der bisher stets den schwersten Tribut dieser Art der Experimente zollen musste, ob es sich aber um Affen, Schweine, Hunde, oder Kaninchen handelte, der Verlauf war stets derselbe und zwar folgender Art: Nach der Impfung entsteht lokal eine irritative Läsion, die weder dem Aussehen nach, noch durch die Härte des Infiltrates einem harten Schanker gleicht. In selteneren Fällen beginnt das Tier nach einiger Zeit abzumagern und elend zu werden und man kann dann auch zwischen den Haaren einzelne Hautknötchen finden. Diese Erscheinungen finden zweierlei Interpretationen. Der eine Teil der Autoren meint, dass die Impfung positiv ausgefallen sei, er beschreibt Papeln, Ekthyma, Alopekie, Knochen- und Viszeralaffektionen und macht darüber in wissenschaftlichen Vereinen Mitteilungen. Der andere, bei weitem grössere Teil der Forscher, namentlich aber die Syphilidologen erklären diese Erscheinungen als durch Tuberkulose oder Septichaemie hervorgerufen. Die Diskussionen führen zu keinen sicheren Schlussfolgerungen. Heute halten sich noch beide Meinungen das Gleichgewicht. Die Verteidiger des Erfolges suchen sich dadurch zu stützen, dass sie anführen es handele sich um eine durch die Passage durch den Tierorganismus modifizierte Syphilis, der verschiedene Symptome verloren gegangen, wir können hinzufügen „bis zur Unkenntlichkeit".

In der Tat sind aber die uns vorgeführten Symptome einfach Läsionen, Pusteln oder Ulzerationen kachektischer Organismen.

Was nun die Affen betrifft, so wollen wir die Impfungen Auzias-Turenne's übergehen, da er Unita-

[1]) Schon Hunter und Ricord haben Impfungen an Tieren vorgenommen.

rier war. Mehr Beachtung verdienen die folgenden Versuche.

Im November 1882 hatte Martineau einen Makaki an 3 Stellen mit dem Sekret eines harten Schankers geimpft, nach 28 Tagen erschienen Erosionen nebst Polyadenie, am 54. Tag bemerkte er erodierte Papeln, sowie Papeln am Penis, nach 10 Monaten bekam das Tier einen epileptischen Anfall und bald darauf Papeln der Mundschleimhaut und des Skrotums.

1884 — impfte Coquard in Lyon einen Affen successiv nach je einigen Tagen mit dem Blut eines Syphilitikers, einem Stück Schleimpapel und einer (angeblichen) Kulturlösung aus dem Laboratorium von Chauveau. Es trat kein richtiger Schanker auf, aber nach 33 Tagen bemerkte man auf den Handflächen 2 lentikuläre Ulzerationen und der Allgemeinzustand war schlecht. Soll das ein positives Resultat sein?

Die Beobachtungen von Klebs, Newman, weichen nicht wesentlich von den oben dargelegten ab. Rollet, Diday und Dron, ebenso wie in Paris Guyot, Ferréol und Legroux sprechen sich mit grösster Reserve über diese Resultate aus. Horand dagegen negiert sie auf das entschiedenste.

Auch die Impfungen an Katzen, Hunden, Kaninchen und Ratten blieben erfolglos, desgleichen an Schweinen (Martineau und Hamonie, viel später auch Wolff, sowie Niessen). Die beiden letzten Autoren erhielten allerdings eigenartige Hauteruptionen, doch verhielten sie sich selbst sehr reserviert bezüglich der Schlussfolgerungen. Auch bei uns in St. Petersburg ist eine grosse Anzahl von Impfungen an Affen durch den verstorbenen Kollegen Dr. E. Sperk vorgenommen, in einem Laboratorium, welches durch die Munifizenz S. H. des Prinzen Alexander Petrowitsch von Oldenburg in den Räumen der Kaserne des L. Garde Regiments zu Pferde in den achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts eingerichtet worden. Aus demselben entstand nachher des Institut für Experimental-Medizin, in welchem der Syphilis-Frage stets grosses Interesse bewahrt worden und in dem Prof. Sabolotny seit dem vergangenen Jahre seine interessanten und erfolgreichen Studien über die Spirochaete pallida und die Syphilis-Impfungen an Affen vorgenommen. Auch heute verdanken wir diesem Institut und der Liebenswürdigkeit Prof. Sabolotny's die Demonstration eines mit Erfolg am 2. Januar c. am Penis geimpften Affen.

Ueber die Impfungen Dr. Sperk's fehlen leider in seinen nach dem Tode herausgegebenen gesammelten Werken nähere Mitteilungen.

Zu erwähnen wäre noch, dass auch Prof. Tarnovsky eine Reihe von Syphilis-Impfungen an Pferden unternommen hatte, jedoch auch erfolglos.

In ein neues Stadium trat die Syphilis-Impfungsfrage durch die Arbeiten Prof. Metschnikow's im Institut Pasteur in Paris. Wohl noch in Aller Erinnerung ist die lebhafte Erörterung auch in der Tagespresse seiner ersten erfolgreichen Impfung 1903, die er gemeinsam mit Roux vorgenommen hatte und zwar an einer Schimpanse. Am 26. Tage war an den Impfstellen (Clitoris und Augenbrauenwulst) Induration aufgetreten, am 56. Tage 15 Papeln am Bauch und Rücken. Die Inguinal- und Axillardrüsen deutlich vergrössert.

Ende des Jahres 1903 veröffentlicht Prof. Lassar in der „Berl. Klin. Wochenschrift" eine ebenfalls erfolgreiche Impfung mit deutlich ausgesprochenen Papeln an den Handflächen.

1904 konnten Metschnikow und Roux auch über erfolgreiche Impfung an kleinen Affenarten (Makaki) berichten. Von 12 Impfungen waren 4 von Erfolg gekrönt. Auch Finger's und Kraus' Arbeiten fallen in diese Zeit.

Im August 1904 auf dem V. internationalen Dermatologen-Kongress, an dem auch Metschnikow Teil nahm, hielt Prof. Neisser einen Vortrag über Syphilis-Impfungen an Affen (Schimpanse, Orang-Utan), die wohl erfolgreich, aber von ihm selbst nicht alle als ganz einwandsfrei, namentlich beim Gibbon, bezeichnet wurden.

Da die Experimente bei grösseren Affen in Europa grosse Schwierigkeiten bieten, wegen der zu beschaffenden Tiere, entschloss sich Neisser seine Forschungen in die Heimat des Affen zu übertragen und reiste bald nach dem Kongress mit 2 Assistenzärzten (Dr. G. Baermann und Dr. Halberstädter) nach Batavia, die ganze Expedition auf eigene Kosten ausrüstend, ein in der Geschichte der Medizin wohl einzig dastehender Fall.

Doch auch in Batavia hatte Neisser mit nicht geringen Schwierigkeiten zu kämpfen, trotz der weitgehendsten Hilfsbereitschaft der holländischen Behörden und Kollegen.

Schwierigkeiten machte zunächst die Beschaffung frischen Impfmateriales, da die malayische Bevölkerung im frischen Stadium der Syphilis sich selten an europäische Aerzte wendet. So war denn Neisser wesentlich auf das Material von Kranken der Armee und Flotte angewiesen. Am besten war er mit frischem Material versorgt während der Anwesenheit der gesamten holländischen Flotte, veranlasst durch den russisch-japanischen Krieg denn da gab es viele frische Infektionen. Noch grössere Schwierigkeit machte das Affenmaterial, denn Dysenterie, Eingeweidewürmer bedingten eine sehr grosse Mortalität, obgleich die Käfige geräumig und die Pflege seitens 2 aus Breslau mitgenommener erfahrener Wärter und 4 malayischer Diener eine ausgezeichnete war. Stets waren 10—20 Orang-Utans, 20—30 Gibbons und 6—800 kleine Affen vorhanden.

Im Ganzen hat Neisser über ein Material von ca. 900 Affen verfügt, eine Grossartigkeit der Versuchsanlage wie sie bisher auch noch nicht dagewesen.

In erster Linie stand die Aufgabe festzustellen, welche Affenarten sich am besten zur Impfung eignen und welche Symptome zu konstatieren.

Wie beim Menschen so konnte auch beim Affen festgestellt werden, dass die bei der Impfung gesetzten Verletzungen heilen und verschwinden und dann treten nach einigen Wochen, am häufigsten nach 31 Tagen an der Impfstelle deutliche Veränderungen (Primäraffekt) auf. In allen Fällen sah man eine blaurote deutliche Infiltration, die bald trocken blieb, sich mit Schuppen bedeckte, bald zu einer lakierten, wenig sezernierenden Fläche ausbildete, das typische Bild der Sklerose darbot. Abgesehen von individuellen Verschiedenheiten konnte sicher festgestellt werden, dass höherstehende Affenarten eine grössere Empfindlichkeit für Syphilis aufweisen, bei den kleinen Affen (Makakis) kommt es besonders darauf an, welche Körperregion zur Impfung benutzt wurde. Während die Impfung (Skarifikation und Einreiben von Sekret einer Sklerose resp. Papel) an Augenbrauenwulst resp. Genitalien gewöhnlich erfolgreich waren, blieben Impfungen an der Bauchhaut und Brust erfolglos, wohl infolge der grossen Blutarmut dieser Hautteile. Bei den höheren Affen haftete das Gift an jeder beliebigen Körperstelle. Als bestes Impfmaterial erwiesen sich frische Primäraffekte und primäre Drüsen, desgleichen Kondylome und Plaques muqueuses. Verimpfung

seine tertiären Produktes konnte unter mehreren Versuchen nur einmal festgestellt werden, sodass man im Ganzen doch noch nicht behaupten darf, dass gummöse Produkte infektiös wirken [2]). Besonders bemerkenswert ist, dass alle Impfversuche mit Blut von Syphilitischen negativ ausgefallen sind, desgleichen mit Serum. Ferner ist es höchst interessant, dass die Impfungen mit inneren Organen syphilitisch infizierter Affen ganz neue Daten ergeben haben. Rückenmark, Leber, Lunge, Nieren, Muskeln und Nebennieren erwiesen sich als nicht infektiös, dagegen wurden positive Resultate mit Milz, Knochenmark, Drüsen und Hoden erzielt. Schlüsse daraus zu ziehen scheint mir jedoch noch verfrüht, namentlich bezüglich der Infektion durch Sperma.

Sehr bemerkenswert ist ferner, dass 40 Versuche, wo gleichzeitig mit Syphilisprodukten auch Vaccine eingeimpft wurden, negativ ausfielen. Vielleicht erklärt sich dieses aus der sehr grossen Empfindlichkeit für frische Kälberlymphe, die ungemein schnell ein starkes Infiltrat bewirkt.

Der Verlauf der Syphilis bei Affen lässt sich nach der bisherigen kurzen Beobachtungsdauer noch nicht endgültig feststellen, ich möchte hier nur beiläufig erwähnen, dass ich bei einem vor 11 Monaten von Prof. Sabolotny geimpften Affen kürzlich eine Rhinitis chronica mit Defekt der Nasenscheidewand konstatieren konnte, die auffallend an gummöse Rhinitis erinnert.

Neisser führt an, dass eine Beeinflussung des Allgemeinbefindens bei niederen Affen nie konstatiert werden konnte, dagegen bei Orang-Utans Abgeschlagenheit, starke Verminderung der Fresslust schon einige Tage nach der Impfung. Bei Gibbons zeigten sich diese Symptome beim Auftreten der Allgemeinerscheinungen. Deutliche Drüsenaffektion in der Umgegend der Sklerose tritt nur bei höheren Affen auf, doch konnte auch bei kleinen Affen den nicht vergrösserten Drüsen entnommenes Sekret weitergeimpft werden.

Deutliche Allgemeinerscheinungen wurden nur bei Gibbons in Form von Papeln am Gesicht, Bauch, Gesäss, Handtellern und Schleimhäuten beobachtet, bei niederen Affen dagegen regionäre, annuläre und serpiginöse Eruptionen in der Umgegend der Impfstellen, deren syphilitische Natur durch erfolgreiche Ueberimpfungen festgestellt worden [3]). Zu erwähnen ist ferner, dass nach Auftreten von syphilitischen Erscheinungen, ganz ebenso wie beim Menschen, auch beim Affen erneute Impfungen erfolglos blieben, ebenso wie auch frühzeitige Exzision der Impfstelle (8 Stunden nach der Impfung) ohne Erfolg auf den Verlauf blieb, denn nach einigen Wochen stellte sich an der Narbe eine typische Sklerose ein.

Ferner berichtet Neisser über eine Frage, die er als Hauptziel seiner Arbeiten bezeichnet, nämlich das Auffinden eines Immunisierungsverfahrens gegen Syphilis, doch möchte ich mir eine Besprechung derselben für eine spätere Mitteilung vorbehalten, da die Arbeiten auf diesem Gebiete noch nicht so weit vorgeschritten, dass man irgend welche Schlüsse daraus ziehen kann und jedenfalls noch sehr weit von positiven Resultaten ist.

Zum Schluss berührt Neisser das Thema der Syphilis-Parasiten. Dr. von Niessen, der ja auch seiner Zeit in unserem Verein über seine angeblichen Syphilis-Erreger eine Mitteilung gemacht, hatte Neisser eine Anzahl von Kulturen mitgegeben, doch sind alle Affenimpfungen mit denselben — negativ ausgefallen und damit ist diese Frage wohl endgültig abgetan.

Auch die Siegel'schen Angaben, namentlich die angebliche grosse Empfänglichkeit der Kaninchen für Syphilis hat Neisser geprüft und zwar in der Weise, dass er Kaninchen mit Syphilis impfte und dann nach einiger Zeit von denselben Weiterimpfungen auf Affen vornahm, jedoch ebenfalls ohne jeglichen Erfolg.

Auch auf Spirochaeten wurde untersucht, wenngleich, wegen Zeitmangels, nicht systematisch, jedenfalls wurden sie häufig sowohl bei Menschen als auch Affen gefunden. Merkwürdiger Weise wurden in inneren Organen von 8 infizierten Affen die Sp. pall. nicht gefunden, obgleich Impfungen mit denselben positive Resultate gaben, doch mag der Grund darin liegen, dass die Assistenten sich noch nicht genügend eingearbeitet hatten. Je länger man Spirochaeten-Untersuchungen betreibt, um so häufiger findet man dieselben, da die Technik auch hierbei eine grosse Rolle spielt.

Jedenfalls haben Kontrolluntersuchungen bei Ulcus molle und sonstigen Ulzerationen stets negative Resultate ergeben und kommt auch Neisser zu dem Schlusse, dass mit grösster Wahrscheinlichkeit diese Spirochaeten in ätiologischer Beziehung zur Syphilis stehen.

Zum Schluss möchte ich nur noch die Mitteilung hinzufügen, dass auf dem Ende August in Bern stattfindenden Kongress der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft als Haupttema auf das Programm gesetzt sind: die Spirochaete pallida bei Syphilis und Syphilisimpfung an Affen, uns somit noch in diesem Jahre weitere interessante Mitteilungen über diese Frage in Aussicht stehen.

---

[2]) Auch findet man in denselben keine Spirochaten.

[3]) Dasselbe liess sich auch für Milz und Knochenmark nachweisen.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1422. Sitzung am 7. September 1905.

1) Vor der Tagesordnung demonstriert Dr. Buchholz ein 5-tägiges Kind, bei dem es sich wahrscheinlich um ein Fortbestehen des Meckel'schen Knorpels handelt.

Während sonst der Mundboden von Weichteilen gebildet wird, finden wir hier auf jeder Seite vom Unterkieferknochen an eine Knorpelplatte, so dass nur in der Mittellinie ein ca. 1 cm. breiter Spalt offen ist, in dem die ganz rudimentäre Zunge liegt. Vortragender glaubt, dass diese Knorpelplatten durch das Fortbestehen und Wuchern des Meckel'schen Knorpels zustande gekommen sind.

Die Brust kann das Kind nicht nehmen, aus der Flasche aber trinkt es gut und schreit mit klarer Stimme.

(Autoreferat.)

2) Dr. Krüdener demonstriert ein Mädchen von 11 Jahren, welches nach Masern erblindet ist: Rifke Mendelsohn, 11 a. n., machte im März 1905 die Masern durch; Sie lag eine Woche ganz zu Bett und stand sehend auf. Einige Tage drauf begann das Sehvermögen abzunehmen, und im Laufe einer Woche entstand unter heftigem Erbrechen und Kopfschmerzen in der Stirngegend völlige Erblindung. Nach weiteren 2 Wochen, am 29. März 1905 trat sie in meine Klinik ein. Pupillenreaktion bdr. vorhanden, Retina und Chorioidea weisen keine Trübungen oder Flecken auf, der Sehnerv bdrs. etwas gelblich, die Grenzen etwas getrübt, besonders nach innen. Die Arterien eng, ebenso die Venen, denen normale Pulsation völlig abgeht. Sämtliche Gefässe haben einen ziemlich gradlinien Verlauf. Visus bdrs. = 0. Die Therapie bestand in 12-maliger Lumbalpunktion, wobei sich jedesmal etwa 30 Gr. klarer, heller Cerebrospinalflüssigkeit gewinnen liess. Die ersten 10 Gr. schienen unter etwas höherem Druck abzufliessen, als dieses normalerweise der Fall. Die Flüssigkeit

war in allen Fällen steril. Kulturen wurden auf verschiedenen Nährboden versucht. 5 Monate später stellte sich Patientin wieder vor. Visus bdrs. = 0. Die Arterienfäden dünn, machen auf der Papille einen nahezu blutleeren Eindruck. Die Venen gleichfalls stark verengt, mit sehr geringem Blutgehalt, garnicht geschlängelt. Die Sehnervengrenzen klar, der Fundus sieht leicht marmoriert aus. Kopfschmerzen bestehen noch eben. Gehör gut, Geruch gut, Reflexe normal. Es bestehen überhaupt keine somatischen Symptome. Patientin ist auch geistig vollkommen intakt.

(Autoreferat)

Dr. Krüdener nimmt eine deszendierende Neuritis n. optici an und stellt seinen Fall in Parallele mit dem von Dr. M. Eliasberg im vorigen Semester demonstrierten.

Dr. Berkholz ist der Meinung, dass die Morbillen nicht ohne Weiteres als aetiologische Ursache für die Neuritis nerv. optici in Betracht zu ziehen seien. Die Bakterien resp. ihre Toxine rufen in speziellen Organen sich oft wiederholende Krankheitsbilder hervor.

Von Scharlach ist es bekannt, dass er Nieren- oder Herzerkrankungen im Gefolge hat, — die Toxine der Diphteriebazillen veranlassen oft periphere Nervenerkrankungen, — die Toxine des Typh. exanth. Erkrankung der zentralen Nervenorgane speziell des Gehöres, — die Malaria-Erkrankungen der blutbildenden Organe. Krankheiten nach Masern, die auf direkte toxische oder bakterielle Wirkung der Erreger der Masern zurückzuführen wären, kennen wir jedoch nicht. Da die Masern eine der häufigsten Erkrankungen sind, würden sich aber solche Nachkrankheiten oft wiederholen und der Aufmerksamkeit der Forscher nicht entgangen sein.

Sicher feststehend ist aber die klinische Beobachtung, dass auf dem Boden der Maserninfektion sich Tuberkulose der verschiedensten Organe (Lungen, Meningen) oder miliare Tuberkulose entwickelt. Bei den Infektionskrankheiten mit chronischem Verlauf ist die Neuritis n. optici eine relativ oft gesehene Erscheinung; es handelt sich dabei um direkte Intoxikationen oder um Gumma- und Tuberkelbildung im Gehirn.

Halten wir uns diese Tatsache vor Augen, so ist die Annahme naheliegend, dass die aetiologische Ursache für die Neuritis n. optici auch in vorliegendem Falle nicht in den Morbillen, sondern in einer auf dem Boden der Morbillen entstandenen weiteren Infektion — vielleicht Tuberkulose — zu suchen ist.

Erwähnen tue ich obige Hypothese, da es wissenschaftliches Interesse hat, die Wirkungsweisen der einzelnen Bakterienarten auch klinisch streng auseinander zu halten und zu Beobachtungen in dieser Richtung anzuregen.

Dr. Zwingmann führt aus, dass er oft Patienten gehabt habe, welche in der Anamnese starke Kopfschmerzen und einen fieberhaften Zustand als einzige Symptome angaben und später erblindet sind, es müsse in diesen Fällen wohl eine Meningitis bestanden haben und stimmt er Dr. Krüdener bei in der Erklärung seines Falles.

Dr. Krüdener resumiert dahin, dass dieses Gebiet ja etwas dunkel sei; für Neuritis desc. n. optic. kämen viele Ursachen in Betracht, schon durch Anaemie könne Neuritis entstehen; eine ganz bestimmte Diagnose könne man also nicht stellen, doch könne man eine tuberkulöse Meningitis wohl mit Sicherheit ausschliessen.

Nach Dr. Theod. Schwartz' Meinung kann in diesem Fall von Tuberkulose keine Rede sein, dagegen spreche schon das augenblicklich sehr gute Allgemeinbefinden, trotzdem bereits ½ Jahr vergangen und fehlen ja auch sonstige cerebrale Krankheitssymptome.

Denselben Gedanken führt Dr. L. Schönfeldt näher aus und betont, dass cerebrale Erkrankungen direkt im Gefolge von Masern ja nichts seltenes seien, so kämen z. B. akute Encephalitiden vor, welche man gewiss mit der Noxe des Maserngiftes in Zusammenhang bringen müsse. Es gehe durchaus nicht an, wie Dr. Berkholz will, alle cerebralen Erkrankungen im Gefolge von Masern als tuberkulöse Nachkrankheiten der Masern zu bezeichnen.

3) Dr. M. Eliasberg demonstriert einen Patienten mit Verschlechterung des Sehvermögens auf dem linken Auge seit dem August dieses Jahres; er diagnostiziert eine Ablatio retinae in Folge eines Tumors der Chorioidea (Sarkom).

Dr. Zwingmann bemerkt dazu, dass die Sehstörungen im Allgemeinen anfangs nicht bemerkt werden, wenn die Entwickelung des Tumors ganz peripher anfängt; entwickelt sich der Tumor jedoch im lichtempfindlichen peripheren Teil, so werden schon frühzeitig Sehstörungen von den Patienten selbst in Form von Skotomen oder mouches bemerkt, wenn auch das Sehvermögen noch intakt ist; 2 mal erinnere er sich dies Verhalten bei seinen Patienten beobachtet zu haben. Er fragt nach einer Erklärung dafür, dass hier die Sehstörungen erst so spät bemerkt worden seien von dem Patienten selbst.

Dr. Eliasberg erwidert, dass man hier einen sehr schnell wachsenden Tumor annehmen müsste.

4. Dr. J. Berkolz macht eine vorläufige Mitteilung über die Behandlung der Dysenterie mit Antidysenterieheilserum in der Infektionsabteilung des städtischen Krankenhauses. Das Serum stammt aus Moskau aus dem Laboratorium von Blumenthal. Bisher wurden 12 Fälle behandelt. Der Erfolg war in allen Fällen ein überraschend guter, zu weiteren Versuchen auffordernder. Aus der kleinen Versuchreihe scheint aber die Erfahrung sich schon zu ergeben, dass die Dosis des zu verordnenden Serums in etwas schwereren Fällen nicht unter 20,0 liegen dürfe. In allen Fällen hat er gegen sonst einen schnelleren Verlauf und eine Abnahme der Beschwerden in kurzer Zeit erzielen können. Neben dem Serum erhielten die Patienten nur Mixtura acida.

Dr. Buchholz fragt, ob Dr. Berkholz nur gute Erfolge erzielt hat oder auch Misserfolge gehabt hat.

Dr. Berkholz erwidert, dass er eigentlich keine Misserfolge zu verzeichnen hat; in einem Fall wurde jedoch das Serum sehr spät angewandt und konnte daher vielleicht seine Wirkung nicht entfalten.

5. Dr. Paul Klemm demonstriert das Präparat eines Carcinoma ventric., welches von ihm durch Operation gewonnen wurde; der Patient wurde geheilt entlassen. Der Kranke wurde ihm von Dr. Buchholz wegen Erscheinungen von Seiten des Magens zugeschickt, im Juni dieses Jahres; im epigastrium war eine leichtere Resistenz zu fühlen, dieselbe war jedoch recht undeutlich; da jedoch sonst Alles für Carcinoma sprach, auch der HCl-Mangel, so beschloss er, die Operation zu machen und war er erstaunt, einen grösseren Tumor zu finden, welcher nicht mit der Umgebung verbacken war; der erkrankte Pylorus wurde reseziert und das gesunde Stück des Duodenums in die hintere Magenwand eingenäht.

Dr. Klemm wendet sich nun zur Diagnose des Magenkarzinoms überhaupt und fasst seine Ansicht so zusammen: die chemische Untersuchung gibt uns nicht immer sichere Anhaltspunkte, es kann z. B. HCl vorhanden sein und doch ein Karzinom bestehen; das Fühlen des Tumors bleibt immer das Charakteristische, doch wird leider der Tumor erst dann deutlich gefühlt, wenn das entzündliche Ulkus zu Verklebungen geführt hat, so dass ein sekundärer Tumor zu fühlen ist; sind diese Verklebungen aufgetreten, so sind die Chancen für eine günstige Operation jedoch viel schlechter. In letzter Zeit sind ja solche Fälle glücklich operiert worden, doch hat der Patient von solchen Operationen eigentlich wenig. Deshalb entsteht die Frage, ob nicht schon sehr früh zur Probelaparotomie geschritten werden soll; soll man sie nicht schon da machen, wo Verfall der Kräfte, wo schwere Anaemie konstatiert wird, auch wenn man noch keinen Tumor fühlt? Man würde ja zuweilen die Operation unnütz machen, doch gegenüber einem zu späten Eingriff ist dies weniger wichtig. In den späten Fällen wird jetzt ja gewöhnlich die Gastroenterostomie gemacht, doch ist die Verlängerung des Lebens keine lange, diese Operation ist doch immer nur ein Notbehelf.

Dr. Hampeln spricht sich dahin aus, dass er vor Jahren fast denselben Standpunkt vertreten habe, die Gastroenterostomie ist nur eine Operation der Stenose, nicht des Karzinoms. Wenn nur der Verdacht eines Karzinoms vorhanden ist, wenn auch der Tumor fehlt, so ist doch die Operation nötig; hierbei müsse man auf die alten klinischen Erscheinungen achten, welche möglichst genau beobachtet werden sollen, also das Allgemeinbefinden sei hier von grösster Wichtigkeit, wenn auch die objektiven Symptome uns ganz im Stich lassen; eine Störung des Allgemeinbefindens, Appetitlosigkeit, Angegriffensein etc. seien schon sehr verdächtig: vor 20 Jahren sei man in Bezug auf die allgemeinen Symptome noch nicht so geübt gewesen, wie heute. Im Uebrigen pflichte er natürlich auch der Probelaparotomie bei.

Nach Dr. Krannhals ist ein solcher Eingriff wie die Probelaparotomie jetzt gewiss berechtigt; er will sie jedoch nicht nur auf das Magen-Karzinom beschränken, sondern sie soll auch überall da gemacht werden, wo wir ein okkultes Karzinom annehmen, wo vielleicht auch andere Organe operativ erreichbar sind. In der übergrossen Zahl seiner Krankenhaus-Fälle war es nicht zu einer Operation gekommen, weil schon sekundäre Affektionen vorhanden waren, es war hier eben ein Eingriff zwecklos.

Dr. Wolferz I bemerkt, dass man bei Abwesenheit eines fühlbaren Tumors besonders auf die Gegenwart von Blut in den Faeces achten solle; ein Karzinom werde ja immer Blut absondern, daher diese Untersuchung sehr wichtig. Was Dr.

Klemm heute zur Diskussion gestellt, habe ja schon jedem praktischen Arzt als Wunsch vorgeschwebt, von Klemm sei es jetzt als Forderung aufgestellt.

Dr. P. Klemm gibt zu, dass es sehr feine Methoden zur Blutuntersuchung in den Faezes gibt, doch könne bei positivem Nachweis von Blut ja schon ein Ulkus vorhanden sein. Einen wesentlichen Wert besitzt nach seiner Meinung dieses Mittel nicht. Er stimmt mit Hampeln darin überein, dass gerade die allgemeinen Krankheitserscheinungen sehr genau zu beobachten seien, wenn auch die chemischen Untersuchungen als Unterstützung sehr wichtig seien.

Dr. Hampeln meint, dass sehr geringfügige Blutungen gerade ein Zeichen für Magenkarzinom seien, und gibt daher Dr. Wolferz darin recht, dass diese Untersuchung sehr wichtig.

Dr. Voss gibt der Befürchtung Ausdruck, dass die Probelaparotomie in Zukunft vielleicht zu oft ausgeführt werden würde.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Professor Dr. E. v. Bergmann (Berlin) ist, wie der Telegraph meldet, am 8./21. Mai in Konstantinopel eingetroffen. Es handelt sich um eine Konsultation bei der Mutter des Sultans oder dem Thronfolger.

— Der Direktor der Universitätspoliklinik für orthopädische Chirurgie in Berlin Prof. Dr. Albert Hoffa ist zum Ehrenmitgliede der Gesellschaft finnländischer Aerzte in Helsingfors gewählt worden.

— Zum Präses der Sektion für Epidemiologie und Statistik in der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit ist an Stelle von Dr. Lipski der Bakteriologe Prof. Dr. D. Sabolotny gewählt worden. Zum Vizepräses wurde Dr. W. Pokrowski wiedergewählt.

— Der Militär-Medizinalinspektor des St. Petersburger Militärbezirks Dr. Makowejew ist für Auszeichnung im Dienst zum Geheimrat befördert worden.

— Dem Korpsarzt des 19. Armeekorps Dr. Hilarion Morchowez ist der St. Stanislausorden I. Klasse verliehen worden.

— Zum dirigierenden Arzt des Andreas-Limans in Odessa ist der Professor der Pharmakologie an der örtlichen Universität Dr. Borissow ernannt worden.

— Der bekannte Kliniker, Professor der Chirurgie Dr. F. Trendelenburg in Leibzig, ist von der American Medical Association eingeladen worden, ihrer Versammlung in Boston zu Anfang des Juni-Monats beizuwohnen.

— Der Professor der Chirurgie und Direktor der chirurgischen Klinik an der Universität Heidelberg Dr. Vincenz Czerny ist auf sein Ansuchen unter Anerkennung seiner langjährigen ausgezeichneten Dienste in den Ruhestand versetzt, gerechnet vom bevorstehenden 1. Oktober. Wie wir bereits meldeten, wird Prof. Czerny sich in Zukunft dem von ihm in Heidelberg gegründeten Institut für experimentelle Krebsforschung widmen. Als Leiter der wissenschaftlichen Abteilung des Krebsinstituts ist der Freiburger Professor der Hygiene Freiherr v. Dungern berufen worden.

— Unser Landsmann Dr. Otto Büttner (aus Riga), der seit ca. 3 Jahren Privatdozent für Gynäkologie an der Universität Rostock ist, hat den Professortitel erhalten. Zugleich ist er an Stelle des wegen umfangreicher Unterschlagungen suspendierten Direktors der Rostocker Frauenklinik Prof. Dr. Schatz, gegen den die Disziplinaruntersuchung eingeleitet wurde, mit der ärztlichen Leitung der genannten Klinik betraut worden.

— Dem «Revaler Beobachter» zufolge, ist der Revalsche städtische Sanitätsarzt Dr. Heidenschildt von diesem Posten zurückgetreten und an seine Stelle Dr. Masing gewählt worden.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 5. Mai zu Paris der hervorragende russische Syphilidologe und Dermatologe, Professor Dr. Benjamin Tarnowski, im 67. Lebensjahre. Der Hingeschiedene hatte seine medizinische Ausbildung an der Moskauer Universität erhalten, an welcher er 1859 den Kursus absolvierte. Er widmete sich von Hause aus dem Studium der Geschlechts- und Hautkrankheiten, wozu ihm das Petersburger Kalinkinhospital reiches Material bot. Nachdem er 1863 die Doktorwürde erlangt hatte, wurde er 1868 zum ausserordentlichen und 1872 zum ordentlichen Professor auf dem Lehrstuhl der Syphilidologie und Dermatologie an der mediko-chirurgischen Akademie ernannt, welche Stellung er bis zum Jahre 1898 inne hatte, wo er seinen Abschied nahm um sich ausschliesslich seiner ausgedehnten Privatpraxis zu widmen. Seit Jahren gehörte er dem Medizinalrat als beratendes Mitglied an und war auch Präses der «St. Petersburger syphilidologischen und darmatologischen Gesellschaft» seit ihrer Gründung. Der Verstorbene ist in seinem Spezialfache vielfach schriftstellerisch tätig gewesen; wir erinnern hier nur an seine «Diagnose der venerischen Krankheiten bei Frauen und Kindern» mit einem Atlas (1863) und seine Uebersetzung des Lanceraux'schen Lehrbuchs der Syphilis (1877) ins Russische. 2) Am 22. April in St. Petersburg Dr. Andreas Winogradow im 77. Lebensjahre nach mehr als 50-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 3) Am 24. April hierselbst der Militärarzt Joh. Spiridonow im 35. Lebensjahre. Sein Leichnam wurde im Park von Udelnaja (bei Petersburg) gefunden wo er sich durch einen Revolverschuss das Leben genommen hatte. Der Verstorbene, welcher seit 1897 als Arzt tätig war, diente in früheren Jahren als Arzt für besondere Aufträge in der Medizinalverwaltung des Warschauer Militärbezirks und Ordinator am Ujasdowhospital. Während des letzten japanischen Krieges war er Arzt im Fernen Osten. 4) In Brüssel der Präsident der Belgischen medizinischen Akademie, Dr. V. Vlemincks.

Von Universitäten, med. Instituten und Kongressen.

— Professor Dr Karl Garré, der erst vor kurzem an Stelle des verstorbenen Professors v. Mikulicz-Radecki die Leitung der Breslauer chirurgischen Klinik übernommen hat, ist zum Nachfolger Prof. Czerny's an die Heidelberger Universität berufen worden.

— An der Universität Kiel ist eine ausserordentliche Professur für gerichtliche Medizin neu gegründet worden, zu deren Leitung der Prof. extraord. für dieses Fach Dr. Ziemke aus Halle berufen worden ist.

— Den Universitäten ist vom Ministerium der Volksaufklärung gestattet worden, künftig die vakanten Lehrstühle nicht nur durch Ausschreiben eines Konkurses, sondern auch ohne Konkurs auf Empfehlung eines Kandidaten seitens des Professorenkonseils zu besetzen.

— Der Professorenkonseil des weiblichen medizinischen Instituts hat auf seiner letzten Sitzung beschlossen, auch Studentinnen von ausländischen Universitäten in die Zahl der Zuhörerinnen des V. Kursus aufzunehmen und sie zu den Prüfungen behufs Erlangung des Arztgrades zuzulassen, falls sie dokumentarisch nachweisen können, dass sie die betreffenden Lehrfächer an ausländischen Universitäten gehört haben. Auf derselben Sitzung wurde beschlossen, das Internat eingehen zu lassen und das Internatsgebäude zur Erweiterung der Laboratorien und Kabinette zu verwenden. Zugleich fasste der Konseil den Beschluss um die Umbenennung des Instituts in «Medizinisches Institut» nachzusuchen, um dann Personen beiderlei Geschlechts als Studierende aufnehmen zu können.

— Durchgreifende Veränderungen an der Pariser Universität wurden, wie aus Paris gemeldet wird, im Professorenkollegium angekündigt. Zwei der bekanntesten Professoren der Medizin Brouardel und Seyond werden wahrscheinlich ihr Lehramt aufgeben. Der Unterrichtsminister Briand ist entschlossen, dem auf gewissen französischen Hochschulen seit Jahren bestehenden Unwesen der Vertretungen ein Ende zu machen und jüngeren leistungsfähigen Kräften bessere Aussichten zu eröffnen.

Standesangelegenheiten.

— Der Posten eines Obermedizinalinspektors wird, wie verlautet, im Ministerium der Wegekommunikation für die russischen Eisenbahnen kreiert.

— Wie das hiesige Blatt «XX Wjek» berichtet, haben die Aerzte des Petersburger städtischen Alafusow-Hospitals ihren Abschied eingereicht. — So viel uns bekannt ist, entstand im März-Monat ein Konflikt zwischen der Administration (Oberarzt, Kurator und Inspektor) und dem niederen Dienstpersonal des Hospitals, welches sich schliesslich weigerte, die Kranken zu bedienen, die Befehle des Oberarztes zu erfüllen und dergl. m., so dass die städtische Hospitalkommission sich genötigt sah, die Hülfe der Polizei in Anspruch zu nehmen.

— Das Autonomieprojekt für die St. Petersburger städtischen Hospitäler ist, dem Vernehmen nach, soweit fertiggestellt, dass es den Mitgliedern des Stadtverordnetenkollegiums zur Einsicht zugesandt werden kann. Die allgemeinen Punkte der Autonomie wurden in jedem Hospital für sich (d. h. getrennt von den anderen Hospitälern) beraten, wobei die widersprechendsten Ansichten zum Vorschein kamen, je nach der Stimmung in dem betreffenden Hospital. Das, was dem Personal in dem einen Hospital vollauf genügte, entsprach nicht den Ansprüchen in einem anderen Hospital, wo man die Rechte der Selbstverwaltung von einem anderen Standpunkte betrachtete und umfassender, mehr «im Geiste der Neuzeit» gehalten sehen wollte. Auch der Einfluss der Chef- und Oberärzte machte sich bei diesen getrennten Beratungen bemerkbar. Da nun aber nicht für jedes Stadthospital eine besondere Autonomie eingeführt werden kann, so wird das Stadtverordnetenkollegium wohl eine Kommission einsetzen müssen, die die verschiedenen Meinungen unter einen Hut zu bringen haben wird, um einen für alle städtischen Hospitäler geltenden Entwurf der Selbstverwaltung zu schaffen, der mehr oder weniger jedem Stadtpunkte gerecht wird. Die Einführung der Autonomie in den städtischen Krankenhäusern ist daher vor dem Herbst nicht zu erwarten.

— In der letzten Zeit sind noch Verhaftungen und Verschickungen von Aerzten wegen politischen Verdachts, aber auch viele Entlassungen von Aerzten aus der Haft vorgekommen. So ist neuerdings der Fabrikarzt Dobrulski in Sosnowice arretiert worden. — Der Landschaftsarzt Kranzfeld, welcher im Februar nach dreimonatiger Gefangenhaltung freigelassen wurde, ist jetzt von neuem arretiert und in ein nördliches Gouvernement verwiesen worden. — Die Aerztin Blisnjanski in Ssumy ist auf 3 Jahre in's Wologdasche Gouvernement verschickt worden, nachdem sie 4 Monate in Einzelhaft gehalten worden war. — Aus der Haft entlassen sind: Der Landschaftsarzt J. L. Pjedkow in Berdjansk; der Landschaftsarzt N. N. Ströhmer in Jamburg, letzterer gegen eine Kaution von 1000 Rbl.; der ältere Ordinator des Bezirkskrankenhauses in Wilna, Dr. Joseph Aptekmann und der stud. med. Edelstein in Wilna.

— Den aus dem Terekgebiet ausgewiesenen Pjatigorsker Aerzten Dr. Gorbunow, Kobylin, Masslakowez und Ssitnikow ist es gestattet worden nach Pjatigorsk zurückzukehren und ihre Praxis wieder aufzunehmen.

— Der Landschaftsarzt Spjewatschewski, welcher nach seiner Rückkehr aus dem fernen Osten vom Amte entfernt wurde, ist vom Gouverneur jetzt wieder in sein Amt eingesetzt worden.

— Der Aerztin Elisabeth Jewreinow ist die Konzession zur Herausgabe einer Zeitung unter dem Titel «Kiewskija Wjesti» (Kiewer Nachrichten) erteilt worden.

Epidemiologisches.

— Cholera. Zur Verhütung der Einschleppung der Cholera aus Russland haben in Preussen die Minister des Innern und der Medizinalangelegenheiten für dieses Jahr besondere Vorsichtsmassnahmen getroffen. In einem Erlass an die Regierungspräsidenten lenken sie die Aufmerksamkeit derselben auf die russischen Saisonarbeiter, die im vorigen Jahre die Seuche in die preussischen Provinzen geschleppt hätten, und ersuchen, den Arbeitgebern die Pflicht aufzuerlegen, dass sie jede unter solchen Arbeitern auftretende verdächtige Krankheit unverzüglich zur Anzeige bringen und die Erkrankten zweckmässig absondern. Neuerdings hat nun in Thorn unter dem Vorsitz des Oberpräsidenten v. Jagow eine Cholerakonferenz von deutschen und russischen Delegierten stattgefunden, auf welcher Vereinbarungen über die einheitliche Ueberwachung des Stromverkehrs und Meldedienstes getroffen wurden. Als russische Vertreter auf der Konferenz fungierten der Geschäftsführer der Verwaltung des Obermedizinalinspektors Dr. Nikolai Freyberg und der Ingenieur Hirsching.

— Pest. In Indien wies die Pestepidemie seit dem Januar eine stetige Zunahme auf. Während in der ersten Februarwoche 6116 Erkrankungen und 5042 Todesfälle vorkamen, wurden in der ersten Aprilwoche bereits 23055 Erkrankungen und 19727 Todesfälle an der Pest konstatiert.

Die in Dschammu (Kaschmir) herrschende Pest hat auch die britischen Truppen, die Eingeborenentruppen des Staates Kaschmir und das Personal des Hofhaltes des Maharadscha ergriffen. Die im Laufe der letzten Aprilwoche vorgekommenen Todesfälle belaufen sich auf 285.

Verschiedene Mitteilungen.

— Ein Denkmal für Prof. Hermann Nothnagel, den genialen Kliniker und Forscher, wird von seinen Schülern und Kollegen geplant. Es soll im Arkadenhofe der Wiener Universität, an welcher der Verstorbene bis zu seinem Tode gewirkt hat, errichtet werden. Ausserdem soll eine Stiftung seinen Namen tragen, deren Erträgnis als Ehrenpreis für eine «Nothnagel-Festvorlesung» bestimmt ist, welche alljährlich von hervorragenden Forschern des In- und Auslandes an der Stätte gehalten werden soll, an der Nothnagel durch Jahre ruhmvoll und segensreich gewirkt hat. Zu dem vorbereitenden Komitee gehören u. a. die Proff. E. Bamberger, L. v. Schroetter, E. v. Leyden, O. Rosenbach, R. v. Jaksch, H. Lorenz. Beiträge für den Nothnagel-Denkmal- und Stiftungsfonds sind an Dr. N. v. Jagic, Assistent der I. med. Klinik (Wien, Allgemeines Krankenhaus) zu senden.

— Eine neue Schultafel hat unser Landsmann, der Braunschweiger Augenarzt Prof. Dr. Lange, hergestellt. Die Zunahme der Kurzsichtigkeit in den Volksschulen liegt zum Teil darin begründet, dass die Schiefertafel mit ihrer grauen Schrift auf schwarzem Grunde die Kinder zum Nahesehen veranlasst. Prof. Lange hat nun eine Tafel ohne Rand aus mattem, fast weissem Zelluloid mit Liniatur hergestellt, auf der sowohl mit einem Tintenstift, als auch mit Tinte und Feder leicht geschrieben werden kann. Auch die völlige Löschbarkeit des Geschriebenen ist nach neueren Versuchen erzielt worden. (Prof. Lange ist ein geborener Petersburger und war hier viele Jahre Ordinator an der Augenheilanstalt (in der Mochowaja), bis er zu Ende der 80ger Jahre nach Braunschweig übersiedelte, wo er als praktischer Augenarzt und Spezialarzt am Herzoglichen Krankenhause tätig ist.)

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 29. April d. J. 10958 (96 wen. als in der Vorwoche), darunter 902 Typhus — (70 mehr), 1125 Syphilis — (39 mehr), 380 Scharlach — (4 mehr), 158 Diphtherie — (11 wen.), 133 Masern — (3 mehr), und 21 Pockenkranke — (9 wen. als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche von 23. bis zum 29. April d. J. im ganzen 913 (517 M., 396 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 2, Typhus abdom. 25, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 6, Masern 45, Scharlach 12, Diphtherie 10, Croup 0, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 36, Erysipelas 4, Grippe 17, Katarrhalische Lungenentzündung 117, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 2, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 12, Tuberkulose der Lungen 97, Tuberkulose anderer Organe 30, Alkoholismus und Dilirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 59, Marasmus senilis 22, Krankheiten des Verdauungskanals 130, Totgeborene 27.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 19. Sept. 1906.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 25. Sept. 1906.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **R. Wanach** in St. Petersb., Petb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 20 St. Petersburg, den 20. Mai (2. Juni). **1906.**

Ueber Zinkonal.

Von

Dr. Arth. Jordan,

ord. Arzt am Mjassnitzki-Hospital, konsult. Arzt am I. Stadthospital zu Moskau.

Durch die Liebenswürdigkeit von Herrn M. Speidel in Moskau wurde mir ein grösseres Quantum Zinkonal zu Versuchszwecken überlassen, welches von der Fabrik Siegle u. Co. in Stuttgart hergestellt wird und nach Angabe dieser Firma

53, 1 pCt. Zinksuperoxyd,
8,76 „ aktiven Sauerstoff,
23,94 „ Zinkoxyd,
3,42 „ Kohlensäure und
15,19 „ Wasser

enthält. Es ähnelt somit seiner Zusammensetzung nach dem schon in der Literatur bekannten Zinkperhydrol von Merck und dem Ektogan von Kirchof und Neirath.

Von dem Zinkperhydrol sagt Wolffenstein[1]), es „übt allgemein bei ausgedehnten eiternden Wunden eine gute Heilwirkung aus". Infolge dessen rühmt er dasselbe als ein „nicht reizendes, durchaus ungiftiges Wundpulver, welches als solches oder als Salbe, bezw. Pasta in verschiedenartigster Anwendungsform bei aseptischen wie bei infizierten Wunden, speziell bei Beingeschwüren und Brandwunden gute Dienste leistet". Das Ektogan wird von Schwarz[2]) und von Polland[3]) gleichfalls bei Unterschenkelgeschwüren, dann aber noch von Herxheimer[4]) bei Lichen ruber und Psoriasis, von Sack[5]) gleichfalls bei Psoriasis und von Bab[6]) bei frischen und infizierten Wunden empfohlen.

Ueber das Zinkonal scheinen noch keine Mitteilungen in der Literatur erfolgt zu sein. Es ist ein schneeweisses, fein verteiltes geruchloses Pulver, welches dem Amylum ähnlich sieht. Am nächstliegendsten wäre es natürlich gewesen dasselbe dort zu versuchen wo das stammverwandte Zinkperhydrol und und Ektogan gerühmt werden, leider standen mir zur Zeit weder in dem I. Stadthospital noch im Mjassnitzki-Hospital Brandwunden und Beingeschwüre zur Verfügung, so dass ich das Zinkonal zwar an einer Reihe verschiedener Fälle von Haut- und venerischen Krankheiten, aber nicht an ersteren, bis auf einen Fall aus der Privatpraxis in Anwendung bringen konnte. Zunächst versuchte ich das Zinkonal bei einigen Ekzemfällen in der Hoffnung, dass das bei Ekzem so wertvolle, aber vielfach doch zu schwache Zincum oxydatum in der Verbindung mit Zinksuperoxyd und aktivem Sauerstoff kräftiger wirken würde. Leider musste ich mich aber sehr bald davon überzeugen, dass nicht nur das Zinkonal per se als Streupulver, sondern auch in Verbindung mit Amylum oder Talk (1:9) als Streupulver, wie selbst als 2 pCt. Pasta immer eine Verschlimmerung des Leidens hervorrief, mochte es nun die nässende oder trockene, die akute oder chr. Form des Ekzemas sein. Das Nässen wurde viel stärker und wo es schon geschwunden war, trat es von neuem auf. Sehr bedauerlich war gleichfalls der Effekt in einem Fall von Pemphigus vulgaris, indem sich der bisher geringfügige Pemphigus bedeutend steigerte. Befriedigend war der Erfolg in einem Fall von Impetigo contagiosa, wo sich die

[1]) Dr. Ed. Wolffenstein. Ueber das Zinkperhydrol, ein neues Wundmittel. Ther. Monatsh. 1905. Nr. 11. 3. 581.

[2]) J. Schwarz. Ein neuer Verband bei Ulcus cruris (Ektoganverband). Wiener klin. Wochenschr. 1904. Nr. 39.

[3]) Polland. Spirochaetenbefunde bei Nosokomialgangrän. Wiener klin. Wochenschr. 1905. Nr. 47.

[4]) Herxheimer. Ueber äusserliche Behandlung der Psoriasis. Deutsche med. Wochenschr. 1904. Nr. 5.

[5]) A. Sack. Bemerkungen zu Herxheimers Arbeit über die äusserliche Behandlung der Psoriasis. Deutsche med. Wochenschr. 1904. Nr. 10.

[6]) Dr. Bab. Hopogan und Ektogan. Berl. klin. Wochenschr. 1905. Nr. 45.

serös eitrigen Blasen unter Zinkonalbestreuung bald reinigten und abtrockneten. Sehr hübsch, aber leider nur zeitweilig war der Erfolg bei einer Frau mit hartnäckigen Unterschenkelgeschwüren aus meiner Privatpraxis, über den ich kurz referieren will.

Frau S., 69 Jahre alt, leidet seit langer Zeit an Unterschenkelgeschwüren, welche mit den verschiedensten Mitteln und auf die verschiedenste Weise, aber vergeblich behandelt worden waren.

St. pr. am 3. Januar 1906. Die abgemagerte nervöse Frau weist auf der lateralen Partie beider Unterschenkel, in der Gegend der Knöchel, schmerzhafte, etwa kindsfaustgrosse varicöse Geschwüre auf. Ord. Zinkonal.

Als ich die Patientin am 17. Januar wiedersah, präsentierten sich die Geschwüre völlig rein und zeigten, wenn auch mässige, frische Granulationen. Das war ein besseres Resultat, als je früher; nur klagte die Kranke über unerträgliches Jucken nach der Zinkonalbestreuung.

Ord. einmal alltägliche Bestreuung mit Zinkonal, abends 10 pCt. Anästhesin-vaselinsalbe.

Am 14. Februar stellte sich die Kranke äusserst zufrieden wieder bei mir vor. Das Jucken war nur gering gewesen und beide Geschwüre, besonders das rechte hatten sich bedeutend verkleinert. Die Behandlung blieb dieselbe.

Am 27. Februar liess die Kranke mich zu sich bitten, weil sich am Tage vorher eine plötzliche Verschlimmerung des Leidens eingestellt hatte, nachdem es bis dahin sehr gut gegangen war. Ich fand die Kranke jammernd über erneutes furchtbares Jucken vor und konstatierte erneuten Zerfall der Geschwüre mit Nässen der Haut in der Umgebung. Wodurch diese plötzliche Verschlimmerung zu erklären ist, blieb unklar, vielleicht durch zu starke Bestreuung mit Zinkonal, vielleicht durch eine sonstige Unvorsichtigkeit, welche aber geleugnet wurde.

Derartige plötzliche Verschlimmerungen waren auch bei den früheren Behandlungen vorgekommen und feststehend bleibt das Faktum, dass die Kranke vom 3. Januar bis zum 26. Februar dank Zinkonal eine Zeit der Besserung erlebt hatte. Ein Fall bedeutet wenig oder so gut wie nichts, aber dürfte dank der zeitweilig eingetretenen Besserung Anregung geben zu weiteren Versuchen mit Zinkonal gerade bei Unterschenkelgeschwüren.

Weiter stellte ich Versuche mit dem Zinkonal bei venerischen Krankheiten an und zwar bei 14 Fällen von Ulcera mollia und 13 bei Syphilis. Bei den letzteren Fällen handelte es sich 12 mal um nässende Papeln und einmal um ein gummöses Ulkus, überall war der Erfolg ein guter, nur freilich nicht durch das Zinkonal allein, sondern in Gemeinschaft mit der allgemeinen spezifischen Kur. Jedoch bedürfen wir bei den nässenden Papeln wie dem gummösen Ulkus stets neben der Einreibungs- oder Spritz- resp. Jodkalikur eines lokalen Streupulvers und es ist immer ganz angenehm neben dem allgemein üblichen Calomel oder Xeroform etc. noch ein weiteres, die Haut bei Syphilitischen nicht schädigendes und die Papeln sehr schnell zum Abtrocknen bringendes, geruchloses Streupulver zu wissen.

Unter den 14 Fällen mit weichen Schankern verheilten unter Zinkonal sechs und besserten sich vier. In den weiteren 4 Fällen blieb eine Wirkung aus.

Um uns ein genaueres Bild von der Art der Wirkung des Zinkonals bei den weichen Schankern zu machen sei ein Beispiel angeführt.

J. T., ein 25-jähriger, unverheirateter Schneider trat am 11. Januar d. J. in das Mjassnitzki-Hospital ein.

St. pr. Auf dem inneren Präputialblatt finden sich drei grössere und zwei kleinere Ulcera mollia. Die rechte Inguinaldrüse ist stark vergrössert. Ord. Zinkonal.

14. Januar. Alle 5 Ulcera sondern ein blutig seröses Sekret ab und es hat sich noch ein weiteres, sechstes Geschwür gebildet.

17. Januar. Drei Geschwüre, darunter die zwei ursprünglichen kleinen und das letztentstandene, sechste sind ganz trocken, die übrigen drei sondern ein spärliches, gummiartiges Sekret ab. Der Bubo d. hat zugenommen.

19. Januar. Die Ulcera sondern sehr wenig Sekret ab, sehen ganz blass aus und haben sich mit einem Häutchen bedeckt. Nach Abnahme des Häutchens sieht man sehr blasse Granulationen. Ord. Einmalige Pinselung der Ulcera mit Jodtinktur vor der Bestreuung mit Zinkonal.

Incisio des Bubo d., der gleichfalls mit Zinkonal bestreut wird.

21. Januar. Alle Ulcera haben sich merklich verkleinert und sehen blass aus. Nochmalige Bepinselung mit Jodtinktur vor der Bestreuung mit Zinkonal.

24. Januar. Von den 6 Ulcera sind vier vernarbt. Der Bubo sondert mässig Eiter ab. Ord. Nochmalige Bepinselung mit Jodtinktur; darauf Zinkonal.

28. Januar. Die beiden nachgebliebenen Geschwüre sind verheilt, die Eiterung aus der Incisionsöffnung nimmt ab.

31. Januar. Die Incisionsöffnung hat sich verklebt. Patient verlässt das Hospital.

Dieses Beispiel spiegelt im grossen Ganzen den Verlauf auch der übrigen, unter Zinkonal zur Heilung gekommenen Fälle von weichen Schankern wieder. Die Eiterung lässt unter Zinkonal sehr bald nach und die Geschwüre bedecken sich mit einem glasartigen Belag, unter dem sich blasse, nicht kräftige Granulationen finden, welche in einer Reihe von Fällen durch Jodtinkturpinselung so gekräftigt werden, dass es zur Vernarbung kommt, in anderen Fällen freilich genügte diese unterstützende Pinselung nicht und es kam nur zur Besserung der Ulcera durch Zinkonal und in einer dritten Reihe erwies sich das Zinkonal als Desinfiziens zu schwach und musste zu Jodoform etc. gegriffen werden. Dasselbe gilt auch für die Bubonen, avirulente verheilen teilweise allein unter Zinkonal, virulente nicht.

Kurz gesagt, das Zinkonal bewährte sich bei meinen Versuchen nicht bei Ekzem und Pemphigus, wohl aber bei Impetigo contagiosa und einem Unterschenkelgeschwür, so dass es hier zu Nachprüfungen auffordert. Desgleichen verheilten mittelschwere, weiche Schanker unter Zinkonal, in Kombination mit einigen Jodtinkturpinselungen und syphilitische Papeln resp. ein gummöses Ulkus bei natürlich gleichzeitiger allgemeiner Kur. In allen den letzteren Fällen wurde das Zinkonal meist gut vertragen und seiner Geruchlosigkeit wegen begehrt, mitunter aber rief es Jucken hervor.

Referate.

A. Alfvén: Ueber die Lebensfähigkeit der Diphtheriebazillen bei verschiedenen Temperaturen. Hygiea 1905, S. 31.

Verf. will die Lebensfähigkeit der Diphtheriebazillen in dem Zustande untersuchen, wie sie sich in der Diphtheriemembran befinden. Er strich desshalb die frisch entnommenen

Membranen auf dem Boden von Petrischälchen aus, bis eine dünne Schicht anhaftete. Die Schälchen wurden unter Lichtabschluss bei kühlen Wintertemperaturen, bei Zimmertemperatur, bei + 37° und + 50° C. aufbewahrt. Nach gewissen Zeiträumen wurden Teilchen davon in Bouillon suspendiert und auf Keimfähigkeit der Diphtheriebazillen geprüft. Bei Winterkälte (16 Proben) betrug die längste Zeit nach der sie sich lebendig erwiesen, 15 Tage. 5 Tage war die kürzeste Zeit in der die Bazillen abgestorben waren. Bei Zimmertemperatur waren sie frühesten nach 9, spätestens nach 87, im Mittel nach 30 Tagen tot (21 Proben). In Membranen eingeschlossen zeigten sich die Bazillen noch nach 5½ bezw. 3⅓ Monat entwickelungsfähig. Bei + 37° waren 19 Proben im Mittel nach 10 Tagen steril: die längste Zeit betrug 22 Tage. Diphtheriebazillen aus Kulturen zeigten bei + 37° fast dieselbe Resistenz gegen Austrocknung wie die aus Membranen. Bei Zimmertemperatur dagegen war ihre Widerstandsfähigkeit bedeutend geringer. Sie waren im Mittel schon nach 11 Tagen nicht mehr entwickelungsfähig, die Membranbazillen erst nach 30 Tagen.

Buch.

J. Holmgren: Fisner's Typhusdiagnostikum. Hygiea 1905, S. 38.

Verf. hat das im Handel erhältliche Mittel auf seine Anwendbarkeit geprüft und zwar in 15 Krankheitsfällen, von denen die meisten sichere Typhusfälle waren. Er fand völlige Uebereinstimmung mit der Gruber-Vidal'schen Reaktion, zugleich ist sie einfacher und erfordert keinen Brutschrank, wesshalb Verf. die Methode den Praktikern empfiehlt.

Buch.

E. Hoenck: Ueber Neurasthenia hysterica und die Hysterie der Frau. Halle, 1905. 8°, 34 S.

(Samml. zwangloser Abh. aus dem Gebiet d. Frauenheilk. u. Geburtsh. VI, 6).

Derselbe: Ueber Krankheitserscheinungen von Seiten des Sympathikus. Wiener klin. Rundschau 1905, Nr. 3.

Verf. bestätigt Freunds obigen Symptomenkomplex, nur kommt er zu einer ganz anderen Anschauung über die Bedeutung der nervösen Symptome jenes Krankheitsbildes. Sich beziehend auf des Referenten Arbeiten über den Sympathikus, die er nach allen Richtungen hin bestätigt, führt er aus, dass alle jene nervösen Symptome vom Sympathikus ausgehen und bedingt sind durch einen Reizzustand des Sympathikus, wodurch alle seine zahlreichen Nervenqualitäten, die sensiblen, vasomotorischen, trophischen, sekretorischen betroffen, abnorm gehemmt sein können, wodurch sämtliche von Freund aufgezählten, auch die von ihm der spinalen und zerebralen Sphäre zugeteilten, ihre Erklärung finden. Auch die scheinbar den spinalen Nerven zugehörigen Schmerzen kann man häufig genug durch Druck auf den krankhaft erregbaren Sympathikus hervorrufen. Dieser Zustand kann übrigens auch durch andere Ursachen zustande kommen, der nichts mit dem Genitalapparat zu tun hat und nur den Sympathikus betrifft. Verf. schlägt daher vor, diesem Zustande den vom Ref. eingeführten Namen Sympathizismus zu geben. In Bezug auf die diffuse Form der Parametritis chron. atrophikans neigt Verf. der Ansicht zu, dass sie nicht eine Ursache, sondern Folge des Sympathizismus sei und eine trophische Störung darstelle. Diese Ansicht stützt er damit, dass es ihm gelungen sei, wie auch aus einer Anzahl beigefügter Krankengeschichten hervorzugehen scheint, durch Massage des Sympathikus die genitalen Störungen zu heilen.

«Damit kann endlich dann der Streit um diese Form der Hysterie zur Ruhe kommen» schliesst der Verf.

Buch.

E. Job: Der Typhus in der (franz.) Armee. — Seine Ursachen. Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires. Nr. 1. Janvier 1906.

Der Aufsatz stellt einen Auszug aus einer grösseren, mit der goldenen Medaille gekrönten Arbeit desselben Verfassers dar. Nachdem hingewiesen, dass die Zahl der Typhusfälle in der französischen Armee zwar im Abnehmen begriffen, immerhin aber beträchtlich höher als in der deutschen Armee ist (Morbidität in d. fr. Ar. 1897 — J., 1 pro Mille, Mortalität 1,05 p. M., dagegen 1902 Morbid. 3,796 p. M. mit einer Mortalit. von 0,52 p. M.; hingegen Mortalität in der deutsch., Arm. 1900 0,16 p. M. gegen 0,81 p. M. im gleichen Jahre in d. franz. Arm.), geht er auf die Ursachen und die Möglichkeiten der Verbreitung d. Typhus über. Wenn auch in 90 von 100 Fällen die Ursache der Infektion in infiziertem Wasser zu sehen ist, so giebt es doch eine Reihe anderer Wege, die an sich selbst zu einer Uebertragung führen können, resp. zu einer Infektion des Wassers. Man hat bisher dem Umstande zu wenig Beachtung geschenkt, dass der Bac. Eberthi sich in den Faecalien, dem Urin und häufig dem Auswurf findet, wie neuere Untersuchungen gezeigt haben. Besondere Beachtung ist den leichten Formen des Typhus zu schenken, die oft nicht als solche erkannt werden und demzufolge eine Desinfektion der Faeces etc. unterlassen wird. Mehr Beachtung ist dem Umstande zu schenken, dass in Kasernen, Hospitälern etc. leicht eine direkte Uebertragung des T. durch beschmutzte Geschirre, Wäsche, Kleider, Decken etc. stattfinden kann. Nicht auszuschliessen ist eine Staubinfektion durch eingetrockneten Auswurf. Bei den Lebensmitteln ist besonders auf die Milch und die frischen Gemüse und Salate zu achten, die nicht selten mit verdünnten Faecalien gedüngt werden.

W. Schiele.

C. Metzlar: Die Behandlung der Ulcera cruris mit dem Leimverbande. Niederlandischen Tijdschrift voor Geneeskunde Nr. 12. Sept. 1905.

Verf. tritt warm für den Leimverband bei Beingeschwüren ein, die ihm einen ausgezeichneten Erfolg gegeben haben. Nach sorgfältiger Reinigung des Geschwüres und seiner Umgebung wird dieses mit einer dünnen Schicht Vioformgaze bedeckt und darüber ein Zinkleimverband angelegt. Die Zusammensetzung des Leimes ist folgende: Gelatin. alb. Oxyd. Zinci āā 150,0, Glycerini 250,0 Aq. destil. 450,0. Der Leim wird vor dem Gebrauch im Wasserbade erwärmt und mit einem Pinsel auf die Schichten der Marlybinden dünn aufgetragen. Erster Verbandwechsel nach 2—3 Wochen. Meist genügt einmaliger Wechsel, um eine definitive Heilung zu erzielen.

W. Schiele.

Aus dem Laboratorium des poliklinisch-medizinischen Instituts der Universität Berlin. (Geheimrat Professor Dr. Senator). Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss der Nahrung auf den Blutdruck bei Nephritis. (Vortrag gehalten auf dem XXVII. Balneologenkongress zu Dresden) von Dr. Johannes Brodzki, Leiter der Anstalt für Hydro- und Mechanotherapie des Bades Kudowa.

Weil neuerdings eine Reihe von Angaben über Blutdrucksteigernde bezw. Blutdruckherabsetzende Wirkung einzelner Nahrungsmittel in der Literatur publiziert worden sind, schien es dem Autor wichtig und vor allen Dingen notwendig, die blosse Tatsache der Blutdrucksteigerung einwandsfrei festzustellen, und zwar im Gegensatz zu der ungenauen tonometrischen Messung durch die viel exaktere Methode der Blutdruckmessung per Quecksilbermanometer. Zu diesem Zwecke wurden im ganzen 25 Tiere (grosse Kaninchen) untersucht. Am ersten Versuchstage wurde zunächst ihr normaler Blutdruck manometrisch bestimmt und gleich darauf eine toxische Substanz zur Erzeugung der akuten Nephritis ihnen eingespritzt (in 18 Fällen wurde täglich 1/2 Pravaz einer 1%-igen Uranlösung und in 6 Fällen 1/2 Pravaz von Cantharidin von 0,05 01. oliv. 10) letzteres hauptsächlich, um eine ausgesprochene Glomaerulonephritis zu erzeugen, die nach Loeb das ätiologische Moment der arteriellen Hypertension bilden solle. Gleichzeitig wurden die Tiere auf eine bestimmte Nahrung, auf die es eben ankam, gesetzt. Der Urin wurde täglich gemessen und Eiweiss kontrolliert. Am 5. bezw. 6. Tage, wenn dann die nephritischen Erscheinungen quoad vitam bedrohlich zu werden begannen, wurde das Tier zum zweiten Male operiert und der Blutdruck an der anderseitigen Carotis bestimmt. Autor hat absichtlich nicht bis zur völligen Anurie gewartet, um nicht Resultate zu erhalten, die eventuell schon auf Herzschwäche bezw. Kachexie beruhen könnten. Das Tier wurde alsdann entblutet und seziert. Um zu sehen, wie stark die physikalische Blutbeschaffenheit durch die Nierenerkrankung beeinflusst war, wurde die kryoskopische Untersuchung gemacht; ebenso wurde ein mikroskopisches Präparat der erkrankten Niere angefertigt und untersucht.

Er hat sich nun bei diesen Versuchen gezeigt, dass weder Wasser (und zwar gewöhnliches, Wildunger und Fachinger) noch NaCl, weder Milch- noch Fleischextrakt irgend eine nennenswerte, zu beachtende arterielle Drucksteigerung macht, obwohl das Mikroskop recht schwere diffuse Nierenveränderungen erwies. Autor fand nur, dass Uran allein schon eine Blutdrucksteigerung um 12 mm. Hg. mache, während das bei Kantharidin nicht der Fall ist. Bei Fleischextrakt sank sogar der Blutdruck um 6 mm. Hg., wahrscheinlich, weil die darin enthaltenen Kalisalze (98 pCt.), ferner Kreatin, Xanthin und Milchsäure (6 pCt.) auf den Herzmus-

kel schwächend eingewirkt haben. Die gefundenen kryoskopischen Werte entsprechen den schon bekannten und publizierten. Die exzeptionelle Blutdruck steigernde Wirkung des NaCl, wie sie die französischen Autoren berichten, besteht jedenfalls nicht zurecht.

(Autoreferat).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Maso Takayama: Beiträge zur Toxikologie und Gerichtlichen Medizin. Stuttgart. Fr. Enke 1905.

Die Arbeit stammt aus der Schule Prof. Kobert's in Rostock und beschäftigt sich vorwiegend mit der Gruppe der Kathaemoglobine. Als Ausgangspunkt der Versuche dienen die Einwirkungen von Jodsalzen, des freien Jod's, des Isoforms und des Jothions auf das Blut und die Veränderungen, die dieses hierbei erleidet. In einigen weiteren Kapiteln behandelt Verfasser sodann noch die Frage, warum mit Formalin behandelte Leichenteile beim Eintragen in Alkohol rot werden, die Spektroskopie einiger Blutderivate und die Bildung der Florenceschen Krystalle. Das Buch kann das Interesse nicht nur der Toxikologen, sondern auch des Physiologen, Anatomen und Praktiker's beanspruchen.

W. Schiele.

Wilh. Stockmann: Gummiknoten im Herzfleisch bei Erwachsenen. Wiesbaden 1904. 8°, 104 S. 7 Tafeln.

Die meisten in der Literatur vorkommenden Fälle von Gumma des Herzfleisches sind hauptsächlich vom pathologisch anatomischen Standpunkte aus beschrieben worden.

In nahe 1/3 der Fälle war der Tod ein plötzlicher ohne vorherige Herzsymptome, und zwar ist diese Todesart besonders häufig in den Fällen, wo die Gummata in der Wand des linken Ventrikels sassen (10 von 14 Fällen).

Die klinischen Symptome sind sehr wechselnd: Vergrösserung des Herzens wird ziemlich konstant angetroffen. Verstärkung des 2. Pulmonaltones und Anzeichen eines Klappenfehlers, kleiner unregelmässiger und frequenter oder aber, seltener, verlangsamter, ja hochgradig verlangsamter Puls. (Auf den ersten Herzton ist jedenfalls auch zu achten. Ref.) Ferner kommen ziemlich häufig Ohnmachtsanfälle vor, Dyspnoe, Asthma, auch Angina pektoris, Kopfschmerzen, Schwindel etc. die z. T. wohl anderen syphilitischen Lokalisationen zukommen. Jedenfalls ist aus den angeführten Symptomen allein nicht möglich, die Diagnose auf Herzgummia zu stellen, sondern es müssen hier die anamnestischen Daten, das Alter des Patienten und der Erfolg der spezifischen Behandlung mit in Betracht gezogen werden. Wenn eine Person zwischen 20—40 Jahren, die syphilitisch infiziert gewesen ist oder, besser noch, zugleich andere luetische Veränderungen darbietet, über Herzbeschwerden klagt und andere, dieselben Herzsymptome verursachenden Krankheiten ausgeschlossen werden können, so kann man mit Wahrscheinlichkeit eine luetische Erkrankung des Herzens voraussetzen. Wenn ausserdem die gewöhnlichen Herzmittel ohne Erfolg, eine antiluetische Behandlung aber eine dauernde Besserung des Zustandes bringt, ist wohl die Diagnose sichergestellt.

Da eine zeitig eingeleitete antiluetische Behandlung für die Genesung von grösster Wichtigkeit ist, darf man nicht lange mit der Diagnose zögern, sondern man muss, sobald bei einer auf Lues verdächtigen Person Herzbeschwerden sich einstellen, die nicht anders zu erklären sind, immer an die Möglichkeit eines syphilitischen Ursprungs denken und die Behandlung danach einrichten, besonders da eine mit Vorsicht geleitete Quecksilberbehandlung für den Patienten nicht von Schaden, wohl aber von lebensrettender Bedeutung sein kann. Wichtig ist die Enthaltung von Alkohol, Tabak und körperlichen Anstrengungen. Ausser Quecksilber kommen bei der Therapie in Betracht: Jodtinktur innerlich, 3—30 Tropfen steigend, Jodnatrium, Jodipin.

Buch.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

781. Sitzung vom 10. Januar 1906.

Vorsitzender: Blessig. Sekretär: O. Moritz.

Blessig hält seinen Präsidialvortrag «Ueber Wirkungen farbigen Lichtes auf das Auge und ihre hygienische und therapeutische Verwertung».

782. Sitzung vom 24. Januar 1906.

Vorsitzender: Blessig. Sekretär: O. Moritz.

1. Biel: (korrespondir. Mitglied). «Statistik der in 15 Jahren zur Untersuchung gelangten zuckerhaltigen Harne». (Ist in der St. Petersb. med. Wochenschrift erschienen),

Diskussion:

Kallmeyer fragt, welcher Prozentgehalt an Zucker am häufigsten konstatiert sei, und ferner, ob sich die Analysen alle auf verschiedene Patienten bezögen — oder aber dieselben Kranken ihren Urin zu verschiedenen Malen haben untersuchen lassen, wodurch die Bedeutung der Zahlen natürlich geändert würde.

Biel: Am häufigsten ist ein Zuckergehalt bis zu 1 pCt. gefunden worden. Die Statistik umfasst sämtliche einzeln eingelieferte Harne, wobei natürlich häufig ein und derselbe Patient mehrfach seinen Harn hat untersuchen lassen. Dieser Uebelstand liess sich bei der Zusammenstellung der Tabellen nicht vermeiden.

Westphalen macht darauf aufmerksam, dass das häufigere Auftreten des Diabetes bei Männern wohl durch den Zusammenhang der Arteriosklerose mit Diabetes erklärt werden könne. Daher seien es auch mehr die älteren Leute welche bei Diabetes im Urin Nierenformelemente aufwiesen. Ferner ist der Diabetes des höheren Alters häufig mit geringerer Zuckerausscheidung verbunden.

Serk fragt nach dem Alter der Patienten.

Biel kann darüber nichts aussagen. Er hat Patienten, die eine grosse Anzahl von Jahren sich trotz grosser Zuckerausscheidung wohl fühlen, so z. B. einen Herrn der 16 Jahre lang in Beobachtung ist. Mehrfach hat er das plötzliche Schwinden einer lange bestehenden Glykosurie kurz vor dem Exitus beobachtet,

2. Westphalen spricht «über motorische Funktion des Darmes, Antiperistaltik und Nährklysmen».

Zweck der motorischen Funktion: Fortbewegung des Darminhaltes, Durchmischung desselben zum Zwecke der Vorbereitung zur Resorption.

Nach Nothnagel unterscheidet man unter physiologischen Bedingungen:

1) reine peristaltische Bewegungen, welche den Darminhalt analwärts fortschieben. Sie gründen sich auf dem Gesetze der «konträren» Innervation (Meltzer).

2) Pendelnde Bewegungen mit dem Zwecke, den Darminhalt besser zu vermischen. Eine Unterart dieser Bewegung sind die Segmentierungen Cannons.

3) Rollbewegungen — Tormina.

Antiperistaltik wird von Nothnagel geleugnet. Kothrechen bei Darmokklusion auf Rückstosskontraktion zurückgeführt.

Der Innervationsreiz erfolgt in der Regel automatisch von der Darmmukosa her durch Vermittelung wahrscheinlich des Auerbachschen Plexus (Magnus) vielleicht auch des Meissner'schen.

Dieser Reiz liegt mehr in der chemischen Beschaffenheit des Darminhaltes.

Wie Bokai gezeigt hat sind verschiedene chemische Körper verschieden starke Reizmittel für die Auslösung der automatischen Darmkontraktionen. (Derivate der Eiweissfäulnis sind schwächere Reize als die Produkte der Kohlenhydrat- und namentlich der Fettsäuregährung).

Daneben reagiert jedoch die Darmmuskulatur auch auf thermische (Kälte, sowohl direkt, als auch vom Blute aus oder reflektorisch vermittelt, reizt, Wärme hemmt die Darmbewegungen) und mechanische Reizmomente. Massage fördert, körperliche Ruhe hemmt den Motus peristaltikus.

Zweifelhaft erscheint es, ob elektrische—faradische und galvanische Erregungen in physiologisch möglicher Dosierung die Darmperistaltik umstimmen (Rossbach). Aus diesem Grunde, und weil Referent in der Praxis kein Resultat gesehen hat, verhält er sich auch sehr skeptisch zur Elektrotherapie der Darmkrankheiten, soweit wenigstens die Darm-

motilität durch dieselbe beeinflusst werden soll. Einen schmerzlindernden Einfluss des galvanischen Stromes will er damit nicht leugnen. Entsprechend den komplizierten Innervationsverhältnissen des Darmes, deren Impulse sowohl direckt vom Hirn durch den Vagus als auch durch das Rückenmark auf der Bahn des Splanchnius und der Gefässnerven zugeführt werden, erleidet die Darmmotilität sehr komplizierte Modifikationen.

1) vom Gehirn (Obstipation bei psychischer Depression, (Melancholie) spastische Obstipation der Neurastheniker, tonische Kontraktion des Darmes bei Meningitis etc.

Schreck- und Angstdiarrhoen. Vorstellungsdiarrhoe der Neurotiker. Leichter Uebergang der chronischen Diarrhoe aus organischer Ursache in nervöse Diarrhoe etc.

2) Vom Rückenmark-Obstipation bei Rückenmarkskrankheiten. Diarrhoe als Crises tabétiques.

3) von der Peripherie her — Obstipation bei Peritonitis, der an Genital-Affektionen leidenden Frauen.

Ob, wie allgemein angenommen wird, venöse Hyperaemie des Darmes Diarrhoe macht, erscheint Referenten zweifelhaft. Er ist geneigt die chronischen Diarrhoen mancher (nicht aller) Lebercirrhotiker, welche meist als Beweis häufig angeführt werden, weniger als eine direkte Folge der Portalstauung anzusehen, als vielmehr auf eine Infektion des Darmes — eine Enteritis — wegen der geschädigten baktericiden Fähigkeit des Darmepithels durch die venöse Hyperaemie anzusehen. — Ob eine wirkliche antiperistaltische Bewegung am Darme — als Funktion der Muskularis mukosae im Sinne Grützners, des Vaters der Idee von der physiologischen Antiperistaltik, mit dem Zwecke einer nochmaligen exakten Durchmischung und besseren Resorption des Darminhalts, vorkommt — kann nicht als sicher hingestellt werden. Als sicher bewiesen dürfte nach den Untersuchungen von Swencynski, Jakobi Reach, Koch, Dauber und namentlich von Hemmeter die Tatsache anzusehen sein, dass feine in das Rektum eingebrachte Teile (Oel, Wismuth, Lycopodium etc.) gegen den Magen hin wandern, jedoch nicht als bewiesen, dass es sich hierbei um eine aktive Funktion eines Teiles der Darmwand handelt; um so mehr als in allerjüngster Zeit von Bond berichtet worden ist, dass solche kleine (Farbstoff) Partikel auch in Organen ohne Muskulatur aufwärts wandern. (Uebergang von auf die Portio uteri gebrachten Farbteilen durch die Tuben in die Bauchhöhle, von der Fossa navicularis in die Blase, von der Mamilla in die Milchgänge.

Auf die Frage nach den Nährklystieren übergehend berichtet Referent, dass per Rektum eingebrachter

1) Traubenzucker anscheinend gut resorbiert wird (Schönborn), wobei jedoch die Berechnung der quantitativen Verwertung des Traubenzuckers insofern erschwert wird, als wir nie wissen können, wie viel vom Zucker resorbiert und wie viel durch bakterielle Tätigkeit von demselben gespalten wird.

Diese bakterielle Spaltung und dadurch bewirkte Bildung chemischer Produkte, welche stark darmreizend wirken, steht auch einer ausgiebigen Verwendung der Traubenzucker-Nährklystiere im Wege.

Neuerdings hat Arnheim Traubenzuckerklystiere mit Abschluss des oberen Rektum durch mit Oel getränkten Wattetampon, zwecks Aufnahme des Zuckers durch die Venae hamoorhoidales und Uebergang des Zuckers direkt ins Blut mit Umgebung des Leberkreislaufes, zur Verminderung der Aceton und Diacetinsäurebildung bei drohendem Coma der Diabetiker in Vorschlag gebracht. Eine Kontrollarbeit von Orlowski dürfte jedoch nicht für deren Anwendung sprechen.

Besser als Traubenzucker per se. wird Amylum vertragen insofern als hierbei die Bildung von Zucker aus dem Amylum langsam erfolgt. Die gute Ausnutzung des Amylum vom Rektum aus dürfte durch v. Leube sicher festgestellt sein.

2) Eiweiss wird nach Voit und Bauer, Eichhorst, Huber, Ewald namentlich bei Zusatz von NaCl gut ausgenutzt — zersetzt sich jedoch leicht und kann daher nicht lange fortgebraucht werden.

Gleichfalls gut ausgenutzt und anscheinend gut vertragen werden Peptonklystiere (v. Leube) Bial gelang es 66 pCt. des darin enthaltenen N. bei Zusatz geringer Mengen Alkohols zum Klystier, welches nach Leube'scher die Resorption erhöhen soll, zur Aufnahme zu bringen. Gut ausgenutzt und gut vertragen werden nach v. Leube — Fleisch-Pankreasklystiere.

Die von Salkowski, Rochmann Stüwe in Vorschlag gebrachten Milchcasein (Nutrose) Klystiere haben sich nicht eingebürgert.

3) Fett. Dass Fett vom Rektum aus aufgenommen wird, dürfte allerdings nicht mehr zweifelhaft sein (Munk, Rosenstein) doch ist es fraglich, ob dasselbe soweit quantitativ ausgenutzt wird, dass es irgend wie dem Zwecke der rektalen Ernährung dienlich wäre. Darüber gehen die Ansichten noch weit auseinander.

Nach Platenga und Deucher ist die Resorptionsfähigkeit des Rektums für Fett minimal (es sollen überhaupt nicht mehr als 10,0 Fett aufgenommen werden, wobei es gleichgültig ist, ob viel oder wenig Fett ins Rektum gebracht wird). Andere wie Sehmisch, Stoewe, Koch glauben aus ihren Arbeiten den Schluss erbracht zu haben, dass wesentlich grössere Fettmengen zur Resorption vom Rektum aus gebracht werden können.

Was man auch einführt, so dürfte doch so viel sicher sein, dass wir auch durch das bestapplizierte Nährklysma bei üblicher 3 mal täglicher Anwendung niemals mehr als höchstens 400—500 Cal Nährwerte pro die durch rektale Ernährung dem Organismus zuführen können. Als von Referenten erprobt, empfiehlt derselbe als Nährklysma:

25,0 Pepton sicc.
25,0 Milchzucker od. Nestles Kindermehl.
200,0 Aqua.
25,0 Alkohol.
10 gtt. Tinkt. Opii (Bial).

250,0 Milch.
2 Eigelb.
1 Essl. Rotwein.
1 Messerspitze Kochsalz. (Boas).

(Autoreferat).

Biel fragt, wodurch der Zusatz von Zucker zu Nährklysmen bei Diabetikern gerechtfertigt wird.

Fick ist der Ansicht, dass beim Gallensteinileus es nicht der Gallenstein an sich ist, der durch seine Grösse das Passagehindernis darstellt, sondern dass die meist vorangegangene totale peritonitische Reizung den Grund für eine pathologische, krampfhafte Darmkontraktion abgiebt. Man sieht häufig bei Laparotomieen, besonders bei Peritonitis, lokalisierte Darmkontraktionen.

Westphalen will auf die Frage von Dr. Biel bei nächster Gelegenheit näher eingehn. Was die Ausführungen von Dr. Fick betrifft, so hat W. nur von den sehr grossen Gallensteinen geredet, etwa von Taubeneigrösse, welche, wie man sich bei Sektionen zuweilen überzeugen kann, fest eingeschnürt im Darmlumen sitzen. W. hat 2 schwere einschlägige Fälle gesehn. Aehnlich können auch starke Kotmassen zu Obturation Veranlassung geben.

Wanach erinnert sich der Sektion eines Pat., bei dem der Stein im Darm fest eingeklemmt sass. Kürzlich hat W. bei Dr. Bergmann in Irkutsk der Operation eines Kranken beigewohnt, bei der ein Stein von fast Hühnereigrösse aus dem Darmlumen herausgeschält werden musste — er war fest eingeschnürt.

3) Orthopäde Stange aus Bad Oeynhausen (Gast) demonstriert an 3 Patienten seine künstlichen Gliedmassen. Der eine Pat. hat eine Amputation beider Oberschenkel durchgemacht, und ist doch imstande mit seinen 9 und 10 cm. langen Beinstümpfen, zwar mit Hilfe zweier Stöcke recht gut zu gehn. Pat. hat mit 2 Jahren seine Beine verloren und ist bis zu seinem 17. Jahre nur auf den Stümpfen gegangen. Die jetzigen Prothesen trägt er seit 2 Jahren.

783. Sitzung vom 7. Februar 1906.

Vorsitz.: Blessig. Protokoll.: O. Moritz.

1. Westphalen giebt im Anschluss an das Protokoll der vorigen Sitzung folgende Antwort auf die Frage des Herrn Dr. Biehl: Dr. Arnheim geht von der Hypothese aus, dass beim Diabetiker der von dem Darm durch die Portagefässe aufgenommene Zucker, welcher die Leber passieren muss, nicht verbrennungsfähig sei und den Körper im Harn wieder verlässt, dass jedoch Zucker, welcher nicht in zu grossen Mengen direkt in das Blut gebracht wird, beispielsweise bei Einführung per Rektum durch die Venae haemorhoidales und die Leber nicht durchströmt, verbrennungsfähig sei. Dafür schien zu sprechen, dass Arnheim seinem Diabetiker, dessen Zuckerausscheidung er diaetetisch auf 0 gebracht hatte, Zucker per Rektum einführen konnte, der im Harn nicht wieder zum Vorschein kam. Da nun Aceton- und Diaceturie wie allgemein angenommen wird, dann auftreten, wenn der Kranke an Kohlehydratmangel im Körper leidet, beim Diabetiker aber der Zucker den Organismus unverbraucht verlässt, so hofft Arnheim durch Einführung von verbrennungsfähigem Zucker direkt ins Blut einer stärkeren Aceton- und Diaceturie und damit auch einem eventuellen Koma vorzubeugen. Das Experiment scheint für die Hypothese Arnheims zu sprechen, insofern als dieser angiebt nach Einführung von Zucker per Rektum eine Abnahme der Aceton und Diacethesinsäureausscheidung im Harn bemerkt zu haben.

Ob die Hypothese Arnheims richtig ist und ob es wirklich möglich ist, den Zucker vom Rektum aus mit Sicherheit von der Leber fernzuhalten; und ob wirklich dieser Zucker vollständig zur Resorption gelangt und nicht vielleicht zum grössten Teile im Darme vergährt, kann nur durch viele exakte Untersuchungen festgestellt werden. Doch dürfte die Arbeit von Orlowski und ganz neuerdings von Pisatti gerade nicht sehr zu Gunsten der Hypothese Arnheims sprechen.

2. P. Tiling: «Ueber einen Fall von Ascites chylosus». (Wird in der St. Petersb. med. Wochenschrift erscheinen).

Diskussion:

O. Moritz berichtet über einen Fall von Ascites chyliformis bei einem Pat. bei dem die Diagnose auf Lebercirrhose gestellt war, aber nicht kontroliert werden konnte, da der Kranke das Hospital gebessert verliess. Ferner über einen Fall von milchähnlichem Erguss in die Pleurahöhle eines vermuthlich tuberkulösen Kranken, wobei es sich um einen pseudochylösen Erguss zu handeln schien, da keine freien Fetttröpfchen zu finden waren. Der Fettgehalt der Flüssigkeit betrug 0,04 pCt. Es wäre denkbar, dass bei lange bestehendem Chylothorax die Fetttröpfchen allmählich resorbiert werden und so aus einem chylösen ein pseudochylöses Exsudat entsteht.

Ucke demonstriert im Anschluss an den T.'schen Vortrag ein mikroskopisches Präparat von Karzinommassen in den Blutgefässen der Darmserosa.

Fick erinnert sich eines Falles von Magenkrebs mit chylösem Ascites der bei der Laparotomie ein auffallend deutliches Hervortreten der angefüllten Chylusgefässe, als weisses Geäder auf den Darmschlingen sichtbar, aufwies.

3. Ucke demonstriert diverse pathologisch-anatomische Präparate: 1) Einen Fall von hochgradiger Aortenstenose mit Klappenverknöcherung 2) 3 Herzen von Neugeborenen mit Endokarditis verrucosa: a) der Aorta b) der Pulmonalis c) der Aorta und der Valv. Mitralis 3) eine Atresie der Aorta, bei fehlendem Septum atricrum, teilweisem Defekt des Sept. ventrikulorum und offnem Duktus Botalli gleichfalls bei einem Neugeborenen. 4) Die Leber eines 5-tägigen Kindes. Es hat eine Blutung, — vermutlich durch einen äusseren Anlass erzeugt, zu einer ausgedehnten Zertrümmerung von Lebergewebe geführt, ist aber anfangs vermutlich durch die standhaltende Glisson'sche Kapsel zum Stehen gekommen. Die Kapsel ist wohl erst durch den steigenden Druck nach einigen Tagen gesprengt worden, worauf der Tod erfolgte. 5) Einen Fall von Darmatrophie bei einem 5-tägigen Kinde.

Diskussion:

Luchsinger: Bei dem Fall von Leberblutung sind als Ursache derselben nicht etwa Schultze'sche Schwingungen anzusehn, — die nicht gemacht worden sind, sondern wahrscheinlich die Anlegung einer Zange, — welche der Mutter wegen appliziert wurde. Was den einen Fall von Endokarditis foetalis betrifft, der aus L.' Praxis stammt, so ist keine Quelle für die offenbar doch vorhanden gewesene Infektion zu finden. Die Mutter war und blieb auch im Wochenbett völlig gesund und fieberfrei. Lues lag nicht vor.

Fuhrmann ad Fall 5) konnte in vivo die Diagnose der Darmatrophie aus der ungleichmässigen starken Auftreibung des Abdomens gestellt werden. Der Umfang desselben betrug 43 cm., wovon 23 auf die rechte, 20 auf die linke Hälfte des Abdomens kamen. Das Zwerchfell stand hoch und es bestand anfänglich eine so starke Dämpfung des Abdomen, dass ein Ascites angenommen wurde. Nachdem das Kind erbrochen hatte, klärte sich der Perkussionsschall auf. Bezüglich der Herzfehler ist die Seltenheit der demonstrierten Fälle hervorzuheben, von denen 3 das linke Herz betrafen, während die Pulmonalfehler ja sonst wohl stark überwiegen. Im Ganzen kommen nach Monti 1—2 Fälle von Endoc. foetalis auf 10,000 normale Herzen, — nach anderen Autoren 1—2 auf 1000 normale. Was die Aetiologie des von Luchsinger besprochenen Falles betrifft, so ist vermutlich eine ambulent überstandene, leichte Infektion der Mutter anzunehmen.

Bekmann fragt, ob die Nabelgefässe untersucht worden seien. Eine Infektion vom Nabel aus würde den Fall ohne weiteres verständlich machen — es ist das ein häufiger Infektionsweg.

Luchsinger: Das ist in unserem Fall ausgeschlossen, da das Kind sofort nach der Geburt starb. Es lag übrigens auch noch ein offnes Foramen ovale bei ihm vor. Als Ursache der Endokarditis muss doch wohl ein ambulantes Unwohlsein der Mutter angenommen werden. Eher war bei dem Fall von Leberruptur eine Infektion möglich, da das Kind eine Temperaturerhöhung aufwies.

Ucke: Auf die Nabelgefässe ist natürlich geachtet worden und wurde nichts Abnormes gefunden, — auch der Nabel hatte normales Aussehn.

Bekmann: Der Nabel kann unverändert aussehn und doch die Eingangspforte für eine tötliche Sepsis sein.

Protokolle
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1342 Sitzung am 19. Dezember 1905.

Lunin: Diabetes im Kindesalter und Untersuchungen am Pankreas. (Der Vortrag ist zur Veröffentlichung bestimmt).

Diskussion:

Kroug fragt welches das jüngste Lebensalter ist, in dem Diabetes beobachtet wurde.

Lunin: Nach Külz ist Diabetes bereits bei einem 6 monatlichen Kinde beobachtet worden. Baginsky's jüngster Patient war 1¾ Jahr alt.

Westphalen. Die anatomischen Veränderungen an den Langerhans'schen Inseln sind zweifellos sehr beachtenswert und es erscheint im höchsten Grade wahrscheinlich, dass dieselben mit dem Zuckerstoffwechsel in enger Beziehung stehen. Andrerseits folgt daraus aber noch nicht, dass wirklich in jedem Diabetesfall anatomische Veränderungen der Langerhans'schen Inseln vorhanden sein müssen. Es scheint vielmehr, dass diese Zellgruppen auch ohne anatomisch verändert zu sein, Alterationen in ihrer Funktion erleiden können, die eventuell Zuckerausscheidung zur Folge haben können. So liessen sich ungezwungen die passageren Formen von Diabetes erklären, die manifest werden, wenn im Organismus toxische Stoffe zirkulieren. Derartige vorübergehende Glykosurien beobachtet man z. B. im Verlaufe akuter Pneumonien. Der Zucker schwindet mit der Heilung des Lungenprozesses. Dasselbe kann unter Umständen bei Anfällen von Angina pectoris konstatirt werden. Auch der Diabetes während der Gravidität mag ähnliche Ursachen haben. Alle diese Tatsachen machen es wahrscheinlich, dass durch das Zirkulieren toxischer Stoffe im Blute die Zellen alteriert werden, die mit dem Zuckerstoffwechsel in Beziehung stehen.

Fick. Mit der soeben von Westphalen erörterten Theorie lassen sich sehr gut die Beobachtungen in Einklang bringen, die man an Patienten mit arteriosklerotischer Gangrän der Extremitäten gemacht hat. Dieselben scheiden vor der Amputation des gangränösen Gliedes, namentlich wenn eine septische Allgemeininfektion besteht, oft grosse Mengen von Zucker aus und auch durch die strengste Diät gelingt es nicht den Zuckerprozent herabzusetzen. Gelingt es durch eine Amputation die Infektion zu beseitigen, so schwindet der Zucker sehr rasch aus dem Harn, selbst wenn die Patienten keine Diabetes-Diät einhalten.

Kernig meint, dass viele Diabetesfälle keine gröberen anatomischen Pankreasveränderungen geben, weil sie zu leicht sind. Es giebt sehr häufige Fälle, wo Patienten zeitweise geringe Zuckerausscheidungen haben, die ganz vorübergehend sind. Die Uebergänge von diesen leichten Formen zum wirklichen Diabetes sind sehr mannigfaltig. Die leichten Fälle passagerer Glykosurie sind aber sehr wichtig für die Frage der Heilbarkeit des Diabetes. Kernig hat eine ältere Dame, die zeitweilig 1—3% Zucker ausgeschieden hatte, im Verlaufe mehrerer Jahre für geheilt angesehen, da der Zucker vollständig geschwunden war. Im unmittelbaren Anschluss an eine schwere Gemütsbewegung stellte sich wieder Diabetes ein der jetzt konstant blieb. Dieser Fall beweist auch die Wichtigkeit der Rolle, die das nervöse Moment in der Aetologie des Diabetes spielt.

Kroug. Der Diabetes verhält sich zum Pankreas ähnlich wie die Basedow'sche Krankheit zur Schildrüse. Auch beim Basedow wissen wir nicht, ob er definitiv geheilt ist, wenn lange Zeit keine Symptome bestanden. Bei passagerer Glykosurie müssen wir eine funktionelle Insufficenz des Pankreas annehmen, die unter bestimmten schädigenden Einflüssen zur Zuckerausscheidung führt und eventuell zu konstant bleibendem Diabetes Veranlassung geben kann. Unter den schädigenden Einflüssen spielen psychische Alterationen und nervöse Störungen eine wichtige Rolle. Es ist falsch dem sog. «nervösen Diabetes» eine Sonderstellung einzuräumen. Es handelt sich um leichte Fälle gewöhnlichen Diabetes, die unter psychischen Einflüssen manifest werden und sich zu stabilem Diabetes verschlimmern können.

Westphalen. Das Nervensystem beeinflusst zweifellos in hohem Grade den Chemismus im Körper. So ist bekannt, dass Neurastheniker chemische Veränderungen im Urin aufweisen, und auch experimentell ist an Fistelhunden der Einfluss des Nervensystems auf den Chemismus des Magens nachgewiesen.

Kernig kann auch eine Sonderstellung des nervösen Diabetes nicht anerkennen. Die sog. nervösen Diabetiker haben eben nur eine leichte Form des Diabetes. Es ist aber klar, dass man bei vorübergehenden Glykosurien mit der Prognose sehr vorsichtig sein muss.

Petersen bestätigt die Häufigkeit transitorischer Glykosurien.

Kroug fragt ob auch anderwärts die Beobachtung gemacht worden ist, dass Patienten mit Polydipsie einen Acetonartigen Geruch aus dem Munde ausströmen, ohne dass im Harn Zucker nachweisbar wäre? Kroug hat 3 solche Fälle beobachtet.

Westphalen. Acetonausscheidungen in der Atemluft sind sehr häufig zu konstatieren, ohne dass im Urin Zucker nachweisbar ist. So namentlich bei Unterernährung oder reiner Eiweissnahrung, ferner beim neurotischen Erbrechen und bei gewissen Darmstörungen namentlich bei Kindern. Man kann Acetonausscheidung überall dort erwarten, wo ein Zerfall von Organeiweiss stattfindet.

Was den Diabetes der älteren Leute anbetrifft, so spielt wohl die Arteriosklerose der Pankreasgefässe eine Rolle und man muss sich vorstellen, dass die durch dieselbe bedingte Anämie die Zellen im Pankreas schädigt, die zum Zuckerstoffwechsel in Beziehung stehen.

Michelson. Bei hungernden und durstenden Geisteskranken kann man vom 3. bis 4. Tage der Nahrungsverweigerung Acetongeruch aus dem Munde wahrnehmen.

Direktor: W. Kernig.
Sekretär: Wold. Fick.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Die internationale Vereinigung der medizinischen Presse, welche während des internationalen med. Kongresses in Lissabon ihre Generalversammlung abhielt, hat Prof. Dr. Posner-Berlin zum Präsidenten gewählt.

— Am 11./24. Mai beging der Leipziger Arzt und Vorsitzende der über 700,000 Mitglieder zählenden Deutschen Turnerschaft Dr. Ferdinand Götz in voller Rüstigkeit seinen 80. Geburtstag. Der Jubilar übte seit 55 Jahren eine umfangreiche ärztliche Praxis aus und beteiligte sich auch eifrig am kommunalen und politischen Leben als langjähriges Gemeinderats- und Reichstagsmitglied, seine Hauptneigung und seine grössten Verdienste gehörten aber dem Turnwesen, für das er seit mehr als fünf Jahrzehnten mit Wort und Schrift gewirkt hat. Die deutsche Turnerschaft liess ihm daher eine Jubiläumsgabe von 18,000 Mark als Dr. Ferd. Götz-Stiftung zur Erbauung von Turnhallen überreichen.

— In der Berliner medizinischen Gesellschaft ist an Stelle von Prof. Dr. Robert Koch zum stellvertretenden Vorsitzenden Prof. Dr. Wilhelm Freund gewählt worden. Prof. Koch hatte freiwillig auf das von ihm vor wenigen Wochen übernommene Amt verzichtet, da er wegen seiner Forschungen in Afrika mehrere Jahre von Berlin fern sein wird. Sein Nachfolger Prof. Freund war bekanntlich früher Professor der Geburtshülfe in Strassburg und lebt seit mehreren Jahren im Ruhestande in Berlin.

— Dem Arzt der Feldkanzellei Sr. Kaiserlichen Majestät, Brigadearzt der 50. Inf.-Brigade Dr. Subkowski ist der St. Wladimir-Orden III. Klasse verliehen worden.

— Der Leiter des Marien-Asyls für amputierte und verstümmelte Krieger Dr. Senenko ist zum wirklichen Staatsrat befördert worden.

— Das Paderstein-Stipendium ist von der Berliner medizinischen Fakultät dem ausserordentlichen Professor der Anatomie und Prosektor am anatomischen Institut der Berliner Universität Dr. Rudolf Krause verliehen worden.

— Der Kurator der Kinderasyle beim Hauptkomitee zur Sammlung von Spenden zum Besten der Asyle des Ressorts der Institutionen der Kaiserin Maria, Dr. Kashdan, ist auf eigenes Ersuchen verabschiedet worden.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 12. April in Tschita der frühere Medizinalinspektor der Hauptverwaltung des Montanbezirks in Nertschinsk Dr. Alexander Podtjagin im 47. Lebensjahre. Der Hingeschiedene, welcher seit 1887 die ärztliche Praxis ausübte, gehörte zu den beliebtesten und geachtetsten Aerzte des Ortes. 2) In Kiew am 12. April der verabschiedete Militär-Medizinalinspektor des Warschauer Militärbezirks Dr. Paul Lasarenko im Alter von 72 Jahren. Er wurde wie der Telegraph meldet, in seiner Wohnung ermordet. Die Verbrecher raubten seine Gold- und Silbersachen und entkamen. Den feuerfesten Schrank haben sie nicht aufbrechen können, Die Venia practicandi hatte L. vor 50 Jahren erlangt. 3) Am 26. April in Cannes Dr. Alexander Kryschtopenko, Verwaltungsmitglied der Fabrik zur Anfertigung von Militär-Medizinalpräparaten, im 51. Lebensjahre. Im letzten japanischen Kriege fungierte er als Arzt für besondere Aufträge bei der Feld-Medizinalverwaltung der II. Armee und wurde dort schwer verwundet. Seine ärztliche Tätigkeit hatte K. i. J. 1880 begonnen. 4) In Leipzig Professor Dr. med. Hermann Obst, einer der bedeutendsten Gelehrten auf dem Gebiete der Völkerkunde und Direktor des Leipziger Völkermuseums, im Alter von 69 Jahren. Er ist ähnlich wie seine berühmten Fachgenossen Rudolf Virchow und Robert Hartmann, von der Anatomie und Physiologie aus zur Ethnologie gekommen. Nachdem er i. J. 1863 an der Universität Leipzig die medizinische Doktorwürde erlangt hatte, veröffentlichte er auf diesem seinem ursprünglichen Studiengebiet u. a. einen «Anatomischen Atlas», von dem 1876 eine II. Auflage erschien. Bald wandte er sich aber der Anthropologie, Ethnologie und Urgeschichte zu und erwarb sich durch eifriges Studium, verbunden mit Forschungsreisen durch Russland, den Kaukasus und das Transkaspigebiet derartige Erfahrungen, dass er für einen der besten Kenner der Völker Asiens und Afrikas galt.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Der ausserordentliche Professor der gerichtlichen Medizin an der Moskauer Universität Dr. Minakow ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

— An der Odessaer Universität sind gegenwärtig in der medizinischen Fakultät 4 Lehrstühle vakant, welche in nächster Zeit durch Konkurse besetzt werden sollen. Als Bewerber haben sich gemeldet: 1) Für den Lehrstuhl der allgemeinen Pathologie — die DDr. N. F. Gamaleja, K. F. Dmitriewski, W. K. Nedswecki, L. A. Tarassewitsch, N. G. Uschewski und F. J. Tschistowitsch; 2) Für den Lehrstuhl der chirurgischen Pathologie — die DDr. S. M. Dobrochotow, N. N. Michailow, W. M. Mysch, W. A. Oppel, A. G. Radsiewski und N. N. Filippow; 3) Für den Lehrstuhl der Hygiene — die DDr. S. M. Bartoschewitsch, P. W. Butjagin, W. W. Favre, J. J. Kijanizyn (ist bereits zum Professor der Hygiene in Charkow gewählt worden) und Mag. pharm. M. B. Blauberg; 4) Für den Lehrstuhl der therapeutischen Hospitalklinik — die DDr. K. N. Georgiewski, N. N. Kirikow, A. J. Kostkewitsch, N. A. Kabanow, M. P. Michailow, W. F. Petrow, W. E. Predtetschenski, A. A. Trzeceski und G. J. Jawein. (R. Wr.).

— Auf den durch Prof. v. Recklinghausens Rücktritt vakant werdenden Lehrstuhl der Pathologie an der Universität Strassburg wurde Prof. Dr. Ribbert in Bonn berufen, er hat aber den Ruf abgelehnt.

— Aus Paris kommt die Nachricht, dass der französische Unterrichtsminister die Frau des verstorbenen Entdeckers des Radiums Curie mit der Abhaltung von physikalischen Vorlesungen an der Sorbonne betraut hat. Marie Curie ist der erste weibliche Universitätsprofessor in Frankreich.

— Der verstorbene bekannte Leiter der optischen Werkstätten (Karl Zeiss-Werke) in Jena, welche die ausgezeichneten Mikroskope liefern, Professor Abbé, hat in seinem Testament bestimmt, dass aus seiner Hinterlassenschaft jährlich 90,000 Mark für Professorengehälter der Universität Jena gezahlt werden. Abbé hat zugleich die Klausel hinzugefügt, dass diese 90,000 Mark nur so lange ausgezahlt werden sollen, als Lern- und Lehrfreiheit an der Universität vollständig garantiert sind. — Der Besuch der Jenaer Universität ist nun in letzter Zeit in starker Steigung begriffen und hat in diesem Sommersemester mit 1400 Studenten seine höchste Ziffer erreicht. Diesen Aufschwung hat die thüringische Hochschule wohl hauptsächlich

diesem Vermächtnis Abbés aus der Karl Zeiss-Stiftung zu verdanken, die ihr mehrere vorzüglich ausgestattete Institute geschaffen, die Professorengehälter geregelt und neuerdings auch zu einem neuen Universitätsgebäude verhilft.

— Die Errichtung eines missionsärztlichen Instituts in Tübingen ist vom Verein für ärztliche Mission geplant. Ein Studentenheim soll diejenigen Medizinstudierenden aufnehmen, die sich für den Missionsdienst vorbereiten, und eine Samariterschule soll sowohl Missionszöglingen wie auch Missionären Gelegenheit zu elementarer nur auf das praktische Bedürfnis zugeschnittener medizinischer und chirurgischer Ausbildung geben.

Standesangelegenheiten.

— Wie aus Jalta telegraphisch gemeldet wird, hat der vor kurzem in Paris verstorbene bekannte Syphilidologe Prof. Benjamin Tarnowski sein bei Jalta belegenes prachtvolles Gut zur Errichtung eines Sanatoriums für kranke Aerzte vermacht.

— Der Generalgouverneur von Odessa hat die Appellationsklage des Professors der Chirurgie an der dortigen Universität Dr. N. Lyssenkow unberücksichtigt gelassen. Lyssenkow ist bekanntlich vom Kriegsgericht zur Festungshaft von 2 Wochen verurteilt worden, weil er in einem Schülerjournal Artikel veröffentlicht hatte, die zum Umsturze der bestehenden Staatsordnung aufreizten. Das Urteil ist nun rechtskräftig geworden.

— Vom Kriegsgericht in Odessa ist auch der Arzt Gwicki-Kodynski wegen Verbreitung verbotener Schriften zu dreiwöchiger Festungshaft verurteilt worden.

— Der Student der militär-medizinischen Akademie Adolf Perensohn, welcher der Agitation unter den Truppen angeklagt war, ist vom hiesigen Gerichtshof freigesprochen worden.

— Der Aerzteverein des Herzogtums Koburg hat neuerdings die Einführung der Sonntagnachmittagsruhe beschlossen.

— Ueber eine eigenartige Schadenersatzklage, die ein Dienstmädchen wegen verminderter Heiratsfähigkeit gegen einen Chirurgen in Graz anhängig machte, berichtet das «Sächs. ärztl. Korres.-Bl.». Der Arzt hatte dem Dienstmädchen gelegentlich einer anderen Operation in der Narkose zum Zweck der Ueberpflanzung zwei Quadratzentimeter Haut vom Oberschenkel entnommen. Nach längerer Zeit verklagte das Dienstmädchen den Arzt wegen der ausgestandenen Schmerzen und wegen der durch den Hautdefekt bedingten Entstellung und dadurch verminderten Heiratsfähigkeit auf Schadenersatz. Diesen Schaden bewertete sie auf nicht weniger als 40,000 Kronen. Da der Arzt nachweisen konnte, dass die Haut nicht gestohlen war, sondern dass das Dienstmädchen vor der Operation ihre Einwilligung zur Entnahme des Hautstückchens gegeben hatte, wurde sie mit der Klage abgewiesen.

Kongressnachrichten.

— Vom 11.—15. September n. St. werden in diesem Jahre in Berlin der V. internationale Kongress für Versicherungs-Wissenschaft und der IV. internationale Kongress für Versicherungs-Medizin gleichzeitig tagen. Die Sitzungen des ersteren werden im Reichstagsgebäude, die des zweiten im Abgeordnetenhause stattfinden. Das wissenschaftliche Programm für die Verhandlungen über Versicherungsmedizin umfasst als Hauptgegenstand aus dem Gebiet der Lebensversicherung: frühzeitige Feststellung der Veranlassung zur Tuberkulose: die Fettleibigkeit in ihrer Bedeutung für die Versicherung: den Einfluss der Syphilis für die Lebensdauer; die Impfklausel im Versicherungsvertrage. Aus dem Gebiet der Unfallversicherung sind folgende Fragen auf die Tagesordnung gesetzt: Die Beeinflussung innerer Leiden durch Unfälle im allgemeinen; die akute Verschlimmerung von Geisteskrankheiten im Verlauf von Unfällen; die Kriterien der Verschlimmerung von funktionellen Neurosen durch Unfälle. Die Besprechung weiterer Fragen ist durchaus erwünscht. Ueber jede Frage der Tagesordnung sollen in den einzelnen Ländern Berichte eingefordert werden, die dann in deutscher, französcher und englischer Sprache vor dem Kongress an die Teilnehmer versandt werden. Auch die Verhandlungen werden in diesen drei Sprachen geführt werden. Wie verlautet, liegen schon jetzt gegen 200 Anmeldungen zur Teilnahme an den Kongressen aus Deutschland und 400 aus dem Auslande vor. Die Zahl der Berichte, von denen schon 80 eingegangen sind, wird weit uber 100 betragen.

Die Frist zur Einlieferung von Berichten läuft bis zum 2./15. Juni; bis dahin haben auch die Anmeldungen zur Teilnahme an den Kongressen bei dem Generalsekretär Dr. phil. et jur. Manes, Berlin W. 50, Speicherstrasse 22, zu erfolgen.

Verschiedene Mitteilungen.

— Aus der Berliner Universitätsklinik wird ein Todesfall in der Narkose bei Beseitigung einer Geschwulst gemeldet. Es waren kaum einige Tropfen Chloroform auf die Maske geträufelt, als schon ein Herzkrampf eintrat, der trotz einstündiger Bemühungen der Aerzte mit dem Tode des Patienten endete.

— Einen Fall von akuter Saccharinvergiftung teilt Dr. Lüth aus dem Memelschen Kreise in der «Berl. klin. Woch.» mit. Er betrifft eine Frau, die infolge von Trunksucht mit dem Ehemann in Unfrieden lebte. Sie hatte sich das Saccharin in einer Menge von ungefähr 5 Gramm aus einer russischen Apotheke besorgt und nach einem ehelichen Zwist 3 Stücke von ungefähr Roggenkorngrösse verschluckt. Mehr zu nehmen, hinderte sie der widerlichsüsse Geschmack. 15 Minuten später fand der Arzt die Frau am Boden liegend; sie bot ganz das Bild einer sinnlos Betrunkenen. Durch geeignete Behandlung wurde nach einer Viertelstunde die Wirkung gemildert und 45 Minuten nach Einnahme des Giftes erwachte die Frau mit voller Besinnung.

Die Vergiftungserscheinungen sind wohl auf die Benzoesäure zurückzuführen, da Saccharin Benzoesäure-Sulfinid ist.

Bf.

— Homburg v. d. H. 17. April. Im Taunus ist der Frühling eingezogen. Auf den Bergen, die vor einigen Wochen noch verschneit lagen, grünts und knospets, die Abhänge sind mit weissem Blütenschnee übergossen, frisch und würzig weht es herab ins Tal. Auch der Kurpark hat Toilette gemacht und ein Frühlingsgewand angetan. Die kiesbestreuten Wege und Windungen leuchten und blinken durch die alten Baumreihen herauf zur sonnigen Kurterasse und hinunter zur sanften Halde des Hardtwaldes. Als erste fürstliche Kurgäste hat sich in diesen sonnigen Frühlingstagen das Kaiserpaar angemeldet.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 6. Mai d. J. 10782 (166 wen. als in der Vorwoche), darunter 889 Typhus — (13 wen.), 1061 Syphilis — (64 wen.), 395 Scharlach — (15 mehr), 147 Diphtherie — (11 wen.), 116 Masern — (17 wen.), und 21 Pockenkranke — (0 wen. als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche von 30. April bis 6. Mai d. J. im ganzen 1129 (641 M., 488 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 37, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 59, Scharlach 42, Diphtherie 32, Croup 0, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 43, Erysipelas 4, Grippe 14, Katarrhalische Lungenentzündung 138, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 12, Tuberkulose der Lungen 123, Tuberkulose anderer Organe 38, Alkoholismus und Dilirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 62, Marasmus senilis 38, Krankheiten des Verdauungskanals 154, Totgeborene 17.

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Schwester Hedwig Breyer (zu erfragen bei Dr. Bursian: Троицкая 29 oder bei Frl. Kern: Конногвардейскій бульваръ 17, кв. 12).

Zum Zweck der jährlich stattfindenden Kontrolle der Adressen der in der Liste der «St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift» verzeichneten Krankenpflegerinnen ersuchen wir Diese hiermit der Redaktion Ihre jetzigen Adressen mitzuteilen.

Die Redaktion
der „St. Petersburger Med. Wochenschrift".

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **R. Wanach** in St. Petersb., Petb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 21 St. Petersburg, den 27. Mai (9. Juni). **1906.**

Wie führen wir die schulärztlichen Untersuchungen am Gymnasium am zweckmässigsten aus?

(Fortsetzung und Schluss cf. Nr. 2, 1906).

Von

Dr. Koppe — Pernau.

Nach Einsendung meines ersten Aufsatzes über dieses Thema (cf. Nr. 2, 1906) sind die offiziellen Formulare für die zukünftigen schulärztlichen Untersuchungen erschienen. Sie bedeuten einen gewaltigen Fortschritt der schulärztlichen Tätigkeit, sodass meine früheren Ausführungen fast überflüssig erscheinen.

Dennoch möge man mir bei der Wichtigkeit des Gegenstandes noch einige Bemerkungen gestatten.

Uns interessiert vor Allem die Sanitätsliste Nr. 4. Als erster Gegenstand der Untersuchung ist питанie (хорошое, умѣренное, плохое) hinzugekommen. Es ist das gewiss dankenswert. Die Rubrik „Konstitution" ist aber fortgeblieben. Es liegt also nahe anzunehmen, dass unser Ministerium mit „питанie" sowohl Ernährungszustand als Konstitution ausgedrückt haben will, zumal neuere Untersuchungen in Deutschland unter „gut, mittel, schlecht" auch eine annähernde Schätzung der Gesamtkonstitution der Schüler in den Volks- und Gemeindeschulen aufführen. Demgegenüber müssen wir aber im Auge behalten, dass eine gute Ernährung noch keine gute Konstitution zu bedingen braucht. Grade die kräftigen Kinder, die sich tüchtig tummeln und turnen, sind meist etwas mager, besonders in den unteren Klassen des Gymnasiums. Auch haben wir zu fette Knaben, die körperlich und geistig entschieden leistungsunfähiger sind. Es wäre also zu bedauern, wenn der Begriff „Ernährung" den der Konstitution verdrängen würde. Die Ernährung, das Fettpolster, ist nur eine von den 8 Komponenten, welche, wie mir scheint, die Gesamtkonstitution bilden, nämlich Gesichtsfarbe, Knochen, Muskeln, Fettpolster, Haut, Drüsen, Lunge, Herz, wie ich es in der Zeitschrift für Schulgesundheitspflege (1905 Nr. 3) darzulegen versucht habe.

Das Gewicht der Schüler soll nach der neuen Vorschrift in Grammen ausgedrückt werden. Weshalb, ist mir unerfindlich. Wir führen doch keine wissenschaftlichen Stoffwechseluntersuchungen aus, sondern wollen wissen, ob das Gewicht der Knaben zu oder abnimmt und Unterschiede von $^1/_2$ Pf. sind da schon ausreichend, eine etwas reichlichere. Mahlzeit kann ja schon einen solchen Unterschied bedingen. Unter 2400 Gramm oder 2560 Gramm kann man sich nur schwer etwas vorstellen, während 150 Pfund und 160 Pf. jedem geläufig sind. Ausserdem dürfte die Einführung der teuren, leicht zu verderbenden Gramm-Wagen auf grosse Schwierigkeiten stossen.

Bei der Messung des Brustumfangs ist der Ruhestand des Brustkorbes zur Grundlage genommen. Es wäre dagegen nichts einzuwenden, wenn zugleich auch die Grenzen der Aus- und Einatmung angegeben werden. Diese Atmungskapazität gehört zu den wichtigsten und konstantesten Grössen, wie mich eine 10-jährige Beobachtung gelehrt hat. Sie beginnt mit 5 und 6 Ctm. in den Vorbereitungsklassen und steigt bis 10 und 12 Ctm. in den oberen Klassen des Gymnasiums. Finden wir in den oberen Klassen eine auffallend geringe Kapazität, etwa 6 Ctm., so sind die Lungen immer geschwächt.

Für Bestimmung der Refraktion ist ausschliesslich die Dioptrie zugrunde gelegt. Es erscheint fast retrograd, dagegen zu opponieren. Und dennoch müssen wir uns fragen, welchen neuen einfacheren Begriff uns die Dioptrie gebracht habe. Bei der Bezeichnung Myopie $^1/_{12}$ wussten wir, dass der Fernpunkt in 12 Zoll lag und konnten ihn zur Not mit dem Zollstock abmessen: Wollten wir ihn auf 24 Zoll verlegen, so brauchten wir nur — 24 zu verschreiben, denn $^1/_{12} - ^1/_{24} = ^1/_{24}$. Jetzt schreiben wir Myopie $^1/_{3,25}$ Dioptrien. Darunter kann man sich zunächst nichts vorstellen; erst wenn wir bedenken, dass eine Dioptrie 40 Zoll bedeutet (genauer 39,4 = 1 Meter) können wir rechnen: $^{40}/_{3,25}$ Dioptrie = 12,23 Zoll. Wir

verlegen wie oben den Fernpunkt auf 24 Zoll und wollen wissen, welchem Dioptrien-Wert ein Glas von 24 Zoll Brennweite entspricht und rechnen wieder $^{40}/_{24}$ Zoll = 1,25 Dioptrie. Ist das eine Vereinfachung? Vom Zollbegriff kommen wir nicht los. Es ist auch nicht anzunehmen, dass die Glasschleifer vom gewohnten Zollmass abgehen werden. Wir merken im Gegenteil, dass die Franzosen trotz ihres Bestrebens das Metermass und das Dezimalsystem zur Herrschaft zu bringen, sich dennoch mühsam an das Zollmass angelehnt haben ($^{1}/_{40}$ Meter = 1 Zoll) und dass die Dioptrien trotz der 2 Dezimalstellen nicht genau der Zollgrösse entsprechen. Hat es nun einen Sinn, dass wir, die wir das genauere Zollmass besitzen, dieses der Dioptrie zu liebe aufgeben, obgleich die Rechnung dadurch komplizierter und ungenauer wird? Wollte man das Metermass einführen, so hätte man statt Myopie $^{1}/_{12}$ Myopie $^{1}/_{30}$ Ctm. schreiben können. 1 Ctm. wäre aber eine zu kleine Differenz für Brillengläser gewesen, während das Zollmass sich gut eignet. Wir müssen also im Interesse einer genaueren und einfacheren Berechnung der Refraktion dafür eintreten, dass die alte Numeration nach Zollen neben der Dioptrie Geltung behalte [1]).

Bei Berechnung der Gebäude nach Länge und Rauminhalt hat das Ministerium die landesüblichen Maasse: Faden und Arschin zugrunde gelegt, wogegen sich nichts einwenden lässt, da sie für grosse Dimensionen entschieden praktisch sind und diese Berechnungen nicht fürs Ausland gemacht werden. (1 Arschin ca. $^{3}/_{4}$ Meter).

Bei Berechnung des Breitumfangs und der Länge der Schüler hat sich das Centimetermaass, weil genauer, in der Praxis eingebürgert [1]).

Bei Bestimmung des Gehörs ist die Taschenuhr als Prüfungsmittel angegeben. Für die oberen Klassen kann man das gelten lassen; in den unteren Klassen scheint mir die Flüstersprache zuverlässiger, weil wir uns sofort überzeugen können, ob der Schüler richtig gehört hat (z. B. eine Zahl zwischen 1 und 10). Bei der Taschenuhr kommen leicht Selbsttäuschungen vor.

Alles im Allem glaube ich behaupten zu können, dass diejenigen Herren Schulärzte, welche sich an mein erweitertes Schema der Untersuchung gewöhnt haben, es auch in Zukunft beibehalten werden. Man stosse sich nicht an das Plus von Arbeit. Die darauf verwandte Zeit wird reichlich belohnt durch den Wert der gewonnenen Daten. Hier erfahren wir erst, ob der Schüler blutarm, skrophulös, schlecht genährt sei, ob Muskulatur, Herz und Lungen zu schwach entwickelt, ob Hautausschlag vorhanden sei etc.

Den Gang der Untersuchung glaube ich, wie folgt empfehlen zu können:

Man schaffe sich ein liniertes Heft an, in welches sämtliche Schüler, von Klasse zu Klasse alphabetisch geordnet, eingetragen werden und zwar so, dass eine Linie für die Sommeruntersuchung freibleibt. Hoffentlich wird diese letztere nur für die abiturierten und schwächlichen Schüler in Zukunft aufrecht erhalten werden, sonst laufen wir Gefahr, den Schularzt zwecklos doppelt zu belasten und zugleich den Unterricht ungebührlich zu stören. Die linke Seite des Heftes trägt die Rubriken:

№, имя, возрастъ, ростъ, обхватъ, вѣсъ, тѣлосложеніе, зрѣніе, слухъ, рѣчь, болѣзни

die rechte:

цвѣтъ, кости, мускулы, жиръ, кожа, железы, сердце, легкія, позвоночникъ, зубы, Refract. примѣчанія.

Die Summe der Komponenten der Konstitution (цвѣтъ—легкія) durch 8 dividiert giebt die Gesamtkonstitution und zwar bewerten wir mit

5 = 40, 39, 38	gut	
4—5 = 37, 36, 35		
4 = 34, 33, 32, 31	mittel	
3—4 = 30, 29, 28, 27		
3 = 26, 25, 24, 23	schlecht.	
2—3 = 22, 21, 20, 19		

Man lernt das schnell übersehen: jede Numeration kann 2 höhere oder 1 niedrigere vertragen, eine Zahl mehr oder weniger, giebt den Mittelwert. Die guten bleiben gegenüber den mittleren und schlechten etwas im Nachteil (6:8), was sich durch etwas höhere Einschätzung ausgleichen lässt. Für das offizielle Schema werden, wie oben angezeigt, je zwei Numerationen zusammengezogen.

Zur Untersuchung nehme man immer 5—6 Schüler auf 1 mal (nach dem Alphabet); es geht dann schneller und es entsteht zugleich ein nützlicher Wettstreit unter den Schülern, welcher das Interesse an diesen Untersuchungen sehr fördert. Es ist ihnen z. B. durchaus nicht gleichgültig, ob sie 4 oder 5 für die Muskeln erhalten oder ob die Lungenkapazität 10 oder 12 Ctm. beträgt.

Man notiert das Alter jeden Schülers, die überstandenen Krankheiten und seine Sprache. Dann werden alle der Reihe nach vom Arzt selbst gemessen und gewogen, was, wie mir scheint, auch in Kleidern geschehen könnte, da es sich doch zunächst um die relative Grösse handelt, um welche der Schüler wächst. Zudem sind allgemein niedrige Absätze und gleichartige Uniformsjacken in Gebrauch, deren Höhe und Gewicht sich später in Abzug bringen lässt. Dass die Schüler sich bis auf's Hemd entblössen und dennoch das Hemd anbehalten, scheint mir völlig zweckwidrig, denn an den Beinen haben wir nur wenig zu sehen (der Klumpfuss prägt sich schon durch den Gang aus) wohl aber am Oberkörper und wir setzen die Schüler dabei nur unnütz der Gefahr der Erkältung aus und verletzen das Schamgefühl. Es empfiehlt sich daher, für gewöhnlich nur den Oberkörper zu entblössen und in den unteren Klassen sogar wieder die Jacken über die Schulter nehmen zu lassen bis jeder an die Reihe kommt. Jetzt messen wir bei jedem einzelnen den Brustumfang und gehen dann auf die Komponenten der Konstitution über, betrachten das Rückgrat zählen die fehlenden und schadhaften Zähne, wobei wir auch auf vergrösserte Rachenmandeln achten können. Alle diese Zahlen können von einem Schüler nach dem Diktat des Arztes in das Heft eingetragen werden. Jeder untersuchte Schüler kleidet sich sofort wieder an und zum Schluss werden sie wieder gemeinsam auf Gesicht und Gehör geprüft. Für die Sehprüfung genügt eine Reihe grosser lateinischer (zugleich russischer) Buchstaben von entsprechender Grösse. Mit dieser Tafel kann der Arzt, allmälig näher kommend, leicht das Sehvermögen jedes einzelnen von 5 bis 1 bewerten und durch feinere Schrift in der Nähe annähernd den Grad einer Kurzsichtigkeit feststellen. Alle Schüler mit dem Zensus 3 für Sehen werden einer

[1]) Dieselbe Erscheinung haben wir beim Medizinal-Grammgewicht. Unter 0,025 Gramm kann sich niemand etwas vorstellen, aber wohl unter $^{1}/_{4}$ gran. Daher haben die skandinavischen Länder und Russland mit Recht das alte Medikalgewicht bestehen lassen, denn ein Schreib- oder Rechenfehler kann sich beim Gramm-Gewicht mit seinen 3 Dezimalstellen leichter ereignen und die verhängnisvollsten Folgen haben.

[2]) Es wäre zu wünschen, dass es auch in der Wehrpflichtskommission den Werschok verdrängte, denn mit Achteln ist ein unbequemes Rechnen und $^{1}/_{2}$ Ctm. ist noch etwas kleiner als $^{1}/_{8}$ Werschok, gestattet also noch genaueres Messen.

separaten augenärztlichen Untersuchung nach Schema Nr. 5 unterworfen.

Das Gehör prüft man am besten mit der Flüstersprache, z. B. eine Zahl zwischen 1 und 10. Durch allmäliges Näherkommen wird auch hier der Grad der Herabsetzung des Gehörs festgestellt.

In obiger Weise ausgeführt, ist die Untersuchung erschöpfender als das offizielle Schema es verlangt und dennoch schneller ausführbar, denn man kann 15—18 Schüler in einer Stunde abfertigen.

Aus dem Heft werden dann die Untersuchungsresultate bei gegebener Musse in das offizielle Schema Nr. 4 eingetragen, während man die schwächlichen Schüler sich in's Taschenbuch notiert, um sie im Auge zu behalten.

Ausserdem empfiehlt sich aber die Führung eines Schulärztlichen Journals, in welches, wie oben gezeigt, alle Daten fortlaufend 1 mal jährlich eingetragen werden (mit dem Zahlen-Zensus) als bequemes Nachschlagebuch für Lehrer und Arzt, wenn sie sich über die körperlichen und geistigen Forschritte eines Schülers unterrichten wollen.

Noch eine Bemerkung zu meinem früheren Aufsatz in Nr. 2 dieses Jahres. Die Bezeichnungen der überstandenen Krankheiten durch vereinfachte Zeichen müssen wir aufgeben. So praktisch sie für den Privatgebrauch sein mögen, so wenig eignen sie sich für den Druck (Masern sollte einen Kreis, Scharlach einen durchstrichenen Kreis, Pocken einen kreuzweise durchstrichenen darstellen etc.)

Dagegen wäre es jedem Arzt verständlich, wenn wir die Krankheiten in ihrer lateinischen Benennung abgekürzt wiedergeben, z. B: Pn = Pneumonie, Pl = Pleuritis, Prt = Pertussis, Mrb = Morbilli, Scrl = Scarlatina, Var = Variola, Tph = Typhus, Tub = Tuberkulosis u. s. w.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

W. A. Freund: Ueber Neurasthenia hysterica und die Hysterie der Frau. Berlin 1904, 8°, 40 S. (Moderne ärztl. Bibl. H. 3.)

Verf. beschreibt als besonderes sehr häufig zur Beobachtung kommendes Krankheitsbild die Parametritis chronica atrophicans, eine chronische Entzündung des Beckenbindegewebes, die entweder von örtlichen Erkrankungen der Harnblase, des Mastdarms und des Cervix uteri ausgeht oder aber diffus ohne nachweisbare örtliche Affektion der genannten Organe entsteht.

Dabei ist konstant auch der sympathische Nervenappat in der unmittelbaren Umgebung des Cervix uteri, der Blase und des Mastdarms hochgradig verändert. Speziell das interstitielle Bindegewebe der Ganglien des Sympathikus zeigt starke entzündliche Veränderungen, wodurch die Nervenzellen in schwere Mitleidenschaft gezogen werden.

Verf. fasst nun diese Affektion der Genitalnerven als die einzige Ursache der Hysterie auf. Es stellen sich nämlich seiner Beschreibung nach bald nervöse Symptome ein, die sich zunächst an die vom Sympathikus versorgten Organe halten und unter dem Namen Kardialgie, Enteralgie, Nausea, Vomitus, Globus, Salivatio, Pyrosis, Dyspepsie, Anorexie, Tympanie, Urina spastica, Suffocatio, Tachykardie u. s. w. bekannt sind. Daran schliessen sich allmählich nervöse Symptome an, die Verf. als spinale bezeichnet: Druckempfindlichkeit der Dornfortsätze, verschiedene Neuralgieen, trophische Störungen z. B. der Mamma, Herpes zoster, Pigmentierungen u. s. w., Hyperästhesien und Anästhesieen der Haut. Krampf- und Lähmungserscheinungen an den Skelettmuskeln. Eine dritte Gruppe von Symptomen schliesslich fasst F. als Gehirnsymptome auf, nämlich die Trigeminusneuralgie und Migräne. Dazu kommen noch vasomotorische und sekretorische Symptome, deren Zuteilung an die verschiedenen Nervenzentralapparate Verf. Schwierigkeiten zu machen scheint. «Dem vereinten Andrange dieser durch Reflexneurosen hervorgerufenen Leiden hält die Psyche nur selten stand, so dass die sogenannten niederen, in sehr seltenen Fällen auch die höheren seelischen Funktionen sich nicht in normaler Weise abwickeln», dadurch werden schliesslich, früher oder später, nur selten gar nicht, sekundär die bekannten psychischen Störungen der Hysterischen verursacht.

Die gegenwärtig allgemein geltende Anschauung, welche die Hysterie als zentrale Neurose auffasst, lässt er insofern gelten, als er diese zerebrale Form als besondere eigentlich der Neurasthenie zugehörige Krankheitsform bezeichnet und desshalb vorschlägt als Neurasthenia hysterica zu bezeichnen zur Unterscheidung von der vom Verf. beschriebenen Genitalerkrankung, für welche er einzig und ungeteilt den alten Namen Hysterie in Anspruch nimmt.

Buch.

Die Verletzungen der Nase und deren Nebenhöhlen nebst Anleitung zur Begutachtung ihrer Folgezustände. Von Friedrich Röpke. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1905.

Auf Grund der schon vorhandenen umfangreichen Literatur sowie zahlreicher eigener wertvoller Erfahrungen hat Verfasser es verstanden eine unser heutiges Wissen erschöpfende, übersichtliche und klare Darstellung seines Stoffes zu geben. Letzterer wird inhaltlich eingeteilt in die Verletzungen der äusseren Nase, die Verletzungen der Hauptnasenhöhle und die Verletzungen der Nebenhöhlen, von denen jede wieder besonders für sich abgehandelt wird. In jedem der genannten einzelnen Kapitel werden nach kurzen anatomischen Vorbemerkungen die Entstehung und die Art der Verletzungen, ihre Symptomatologie und Diagnose, ihr Verlauf und Ausgang sowie die Therapie eingehend besprochen. Die eigene einschlägige Kasuistik des Verfassers umfasst 32, meistens hochinteressante Fälle. Den Schluss des Werkes bildet eine vorzüglich bearbeitete Anleitung zur Begutachtung der Folgezustände nach Verletzungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen. In einem allgemeinen Teile werden die Momente angeführt, welche bei Verletzungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen den Tod des Verletzten unmittelbar oder mittelbar herbeizuführen imstande sind. Der spezielle Teil handelt von der Begutachtung der Verletzungen bei staatlichen und privaten Unfallversicherungen. Bei der fortwährend wachsenden praktischen Bedeutung der Unfallversicherung muss dieser Teil des Buches besonders begrüsst werden. Das Studium des Werkes sei nicht nur dem Fachmann, sondern auch dem praktischen Arzte, insbesondere dem beamteten Arzte aufs Wärmste empfohlen.

A. Sacher.

R. Lüders und W. Thom: Die neueren Arzneimittel und ihre Anwendung. I. Abteilung. — Leipzig. Verlag von B. Konegen. 1906.

Die chemische Industrie bringt täglich neue Arzneimittel auf den pharmazeutischen Markt, so dass man sich unter der Menge moderner Mittel nicht zurechtzufinden weiss. Um dem praktischen Arzt hierin eine Erleichterung zu schaffen, hat L. dieses Werk, von dem bisher nur ein Bändchen erschienen ist, herausgegeben. Die neuen Mittel sind nach Krankheiten in grossen Gruppen alphabetisch geordnet. Es finden sich angeführt die chemische Zusammensetzung und Natur, Dosierung nebst einer Reihe von Rezepten, Preis, Bezugsquelle etc. Das erste Bändchen, dem noch zwei folgen sollen, enthält die Gruppen Abführmittel, Alkohol, Anaesthetika, Antipyretika und Antiseptika.

Lingen.

J. Helbron: Zur Kroenleinschen Operation. Berlin 1905. Karger.

Verfasser hat sich zur Aufgabe gestellt, an der Hand aller bisherigen fremden und eigenen Beobachtungen über die Kroenlein'sche Operation zu einer bestimmten Indikationsstellung für die Anwendung dieser Operation zu gelangen. Bei Durchsicht der einschlägigen Literatur findet man schon von Scarpa im Jahre 1816 die Idee der Erhaltung des Bulbus ausgesprochen, jedoch hat erst Knapp 1874 durch Angabe seiner Operationsmethode die allgemeine Aufmerksamkeit auf die retrobulbäre Chirurgie mit Erhaltung des Augapfels gelenkt. — Hat man sich zur Operation mit Erhaltung des Auges entschlossen, so kann man entweder durch die Weichteile von vorn, oder durch die knöchernen Wandungen der Orbita vorgehen. In letzterem Falle stehen einem die Operationsmethoden an allen 4 Wänden der Orbita

zur Verfügung. Nach Besprechung der Operationen an der oberen, inneren und unteren Orbitalwand, kommt Verfasser auf das Eindringen in die Orbita durch ihre äussere Wand, die Kroenlein'sche Operation, zu sprechen. Alle Modifikationen derselben bedeuten keine wesentliche Verbesserung, weil sie einerseits zu schwierige operative Eingriffe darstellen, andererseits sich nur für ganz bestimmt gelagerte orbitale Erkrankungsheerde eignen. Bei Besprechung der Resultate hat Helbron das ganze Material nach bestimmten Erkrankungen geordnet und bespricht zuerst Cysten, dann kavernöse Angiome, Tränendrüsentumoren, Orbitaltumoren, Sehnerventumoren, Verletzungen, Entzündungen, Zirkulationsstörungen, Orbitalwanderkrankungen, Bulbusaffektionen und schliesslich die Kroenlein'sche Operation zu diagnostischen Zwecken.— Nach Verfasser ist die Operation indiziert, bei allen schwer erreichbaren, tief in der Orbita sitzenden Erkrankungsheerden von nicht ausgesprochen malignem Charakter, besonders in der temporalen Hälfte, während sie zu der nasalen meistens keinen genügenden Zugang schafft». Zum Schluss folgt eine Literaturübersicht.

Lezenius

Heine-Breslau: Anleitung zur Augenuntersuchung bei Allgemeinerkrankungen. Jena, 1906. Gustav Fischer.

Die Angaben des Verfassers gründen sich fast durchaus auf eigene Erfahrungen, die er in verschiedenen Universitätskliniken in gemeinsamer Arbeit mit internen, dermatologischen, gynäkologischen, chirurgischen, neurologischen, otiatrischen und pädiatrischen Kollegen gemacht hat. Heine giebt in seinem Buch eine Anleitung, wie man einen Patienten methodisch zu untersuchen hat, um festzustellen, ob irgend ein Augensymptom für die allgemeine Diagnostik Bedeutung hat. — Neben den anderen grösseren Werken, die dasselbe Tema behandeln, sei auch die Heine'sche «Anleitung» empfohlen.

Lezenius.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 5. Oktober 1905.

Dr. Math. Hirschberg hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber familiäre und lepröse Degeneration (Paraleprose). (Der Vortrag soll ausführlich im Druck erscheinen).

Dr. v. Bergmann bemerkt, dass der Ausspruch Virchows noch zu Recht besteht, dass nämlich noch nie die Geburt eines mit Lepra behafteten Kindes gesehen worden sei; das Kind, welches Zambacco Pascha gesehen hat, kann auch luetisch sein, ebenso ist es mit dem von Reschetillo erwähnten Fall. Ebenso ist auch die Angabe, dass Lepra-Bazillen gefunden worden seien, mit Reserve zu betrachten; so wurde z. B. bei einem von Dr. Hugo Berg vorgestellten Kinde nur einmal der Bazillus gefunden, später nicht mehr; auch der klinische Verlauf spricht in diesem Fall nicht für Lepra. Die Erscheinungen, welche man bei Kindern sieht, welche von Leprösen stammen, müssen auch mit Reserve betrachtet werden, denn sie entsprechen den Erscheinungen solcher Kinder, welche Dyskrasien und Kachexien haben. Es ist ja richtig, dass die leprösen Erscheinungen sich sehr langsam entwickeln, oft tritt erst nach Jahren ein neues Symptom auf, die Erkrankten können Abortivformen bilden. Der Beweis jedoch, dass diese Veränderungen an den Nachkommen der Leprösen spezifische sind, ist sehr schwer zu erbringen und steht einstweilen noch aus. Um diese Frage der Entscheidung näher zu bringen, sind aus Norwegen Kinder von Leprösen nach Amerika gebracht worden, doch hat man an ihnen nie Lepra auftreten sehen. Die Beispiele aus der Bretagne stimmen nicht ganz, in anderen Ländern hat man auch nie derartiges beobachtet.

Dr. M. Hirschberg wendet ein, dass er ja auch nicht behauptet, dass die Paraleprotischen leprös werden, es bleiben die Symptome in der Beschränkung bestehen. Kinder, wie das demonstrierte, bleiben jedoch immer suspekt, wenn man den Vater und den Bruder dabei in Betracht zieht. Auch Analogieschlüsse, wie bei der Lues und Tuberkulose könne man in Erwägung ziehen.

Dr. Bergmann räumt ein, dass man in der Kritik derartiger Fälle sehr vorsichtig sein müsse; im Uebrigen erscheint ihm die Paternität des von Dr. Hirschberg referierten Falles nicht einwandfrei festgestellt.

Dr. L. Schönfeldt meint, dass der palpatorische Befund bei dem vorgestellten Kranken auch noch diskutabel sei; Veränderungen der Nervenstämme z. B. ulnaris kommen auch sonst vor bei Menschen, welche nicht leprös sind, diese Zeichen seien also nicht wesentlich. Auch der Vergleich mit der hereditären Lues scheine ihm nicht ganz einwandsfrei.

Hereditäre Lues gebe es freilich sicher, man denke z. B. an die Krankheitsbilder der Tabes und sogenannten hereditären Lues; die anderen sonst genannten Stigmata für hereditäre Lues würde man nicht ohne weiteres auf Lues zurückführen, sondern nur sagen, dass das betreffende Kind von luetischen Eltern stammt.

Der Begriff der Paraleprose sei auch im sozialen Leben sehr wichtig, im Betreff der Isolierung nämlich, es fragt sich, ob solche Kranke in der Gesellschaft geduldet werden sollen.

Dr. M. Hirschberg erwidert, dass die Paraleprose als relativ unschädlich, eine Gefahr für das soziale Leben nicht bilde. Im Uebrigen habe er nicht die einzelnen Symptome betrachtet, wie eine Verdickung des Ulnaris, eine solche besagte natürlich noch nichts, sondern die Summe von mehreren Symptomen bringe ihn zu seiner Ansicht.

Punkt II der Tagesordnung:

Dr. E. Erasmus hält seinen angekündigten Vortrag: «Zur Leprastatistik in Livland».

Dr. v. Bergmann wirft gegen Dr. Erasmus ein, dass ihm die angeführten Zahlen zu hoch scheinen; in Riga speziell nehme die Zahl der Erkrankungen an Lepra von Jahr zu Jahr ab; in dem Leprosorium bei Riga bleibe freilich dieselbe Anzahl von Insassen bestehen, doch sei die Ursache für denselben hohen Bestand der Zuzug aus den Kreisen. Die Zahl von neuen Fällen sei auch in der Ambulanz in Riga von Jahr zu Jahr kleiner geworden.

Dr. Erasmus erwidert, dass ihm nur die offiziellen Daten zur Verfügung ständen und dass in diesen offiziellen Papieren die Kranken nach dem letzten Wohnort registriert würden, bei Wechsel des Wohnorts eines und desselben Kranken sei daher wohl möglich, dass er 2 Mal oder auch mehr notiert würde.

Nach Dr. P. Klemms Meinung gäbe die vorgelegte Statistik höchstens ein Fluktuationsbild der Leprösen in Livland, jedoch in keiner Weise die absoluten Zahlen der leprösen Erkrankungen. Die Kommunen hätten die Leprosorien errichtet, um die Gemeinde von Lepra zu reinigen und wie weit dies in den Jahren des Bestehens der Asyle bei uns gelungen sei, darüber gebe die Erasmus'sche Statistik keinen Aufschluss.

Dr. M. Hirschberg spricht sich dahin aus, dass nach seiner Erfahrung die administrativen Massregeln zur zwangsweisen Internierung der Erkrankten in den letzten Jahren immer laxer gehandhabt würden; so sei in den letzten Jahren kein einziger Lepröser zwangsweise ins Rigasche Leprosorium übergeführt.

Nach Schluss der Tagesordnung bittet Dr. Wolferz sen. ums Wort, um darauf hinzuweisen, dass die Zahl der Erkrankungen mit Typhus abdom. in letzter Zeit sehr zugenommen habe und fragt nach der Zahl der im Stadt-Krankenhaus liegenden Typhusfälle. Es sei dies doch merkwürdig, da wir hier doch die neue Wasserleitung besässen.

Dr. Deubner erwidert, dass die Typhusfälle in der Tat viel mehr aufgetreten seien, trotz der neuen Wasserleitung, jedoch sei schon im vergangenen Jahr eine Steigerung der Typhusfälle im Krankenhaus beobachtet, als die neue Wasserleitung noch nicht existierte. Bei dieser Epidemie seien besonders viel Fälle von Meningotyphus beobachtet.

Dr. Wolferz sen. führt ferner aus, dass man der Meinung hätte sein müssen, die neue Wasserleitung würde eine Abnahme der Erkrankungen mit Typhus bewirken. Die Ursache der jetzigen Steigerung müsse also wo anders liegen; auch sei ihm aufgefallen, dass gerade in wohlhabenden Familien der Typhus jetzt gehäuft auftrete.

Dr. Deubner teilt noch mit, dass ihm das Wasser der neuen Leitung durchaus nicht immer gleich erschienen ist, oft hat er eine starke Versandung gesehen, namentlich dann, wenn der Krahn stark geöffnet ist, bilde sich in dem darunter stehenden Wasserbecken sehr bald ein sandiger Niederschlag. Ihm ist nicht bekannt, woher dieser Niederschlag komme, nach der Aussicht einiger stamme er aus den alten Röhren.

Dr. Zwingmann bestätigt, dass bei starkem Ausströmen sich relativ rasch ein Bodensatz bildet, welcher ihm jedoch ganz dunkel erschienen ist.

Dr. Sengbusch möchte den Bodensatz durchaus als aus den alten Röhren stammend ansehen; die Rückstände kommen gerade durch den starken Druck heraus; die Reinigung der

alten Röhren dürfte erst nach Jahren erfolgen; in der Nacht, wo das Wasser unter stärkerem Druck, bilde sich erst ein schwarzer Niederschlag.

Des weiteren weist Dr. Wolferz sen. gemäss dem Wunsch des Praeses, welchen derselbe auf der vorigen Sitzung ausdrückte, dass nämlich über Epidemien, welche in letzter Zeit beobachtet worden, von den Kollegen referiert werden möchte, darauf hin, dass ihm in seiner Praxis in letzter Zeit ein gehäuftes Auftreten von Ikterus aufgefallen sei.

Wegen des allgemeinen Interesses, welches diese Ikterusfälle beanspruchen, bittet der Praeses Herrn Dr. Wolferz auf der nächsten Sitzung des näheren seine Erfahrungen über diese Fälle mitzuteilen.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau.

Sitzung vom 3. November 1905.

1. Goldberg hält seinen angekündigten Vortrag über die »Serumbehandlung des Tetanus».

Im Laufe des Jahres 1904 und 1905 sind ins libausche Stadtkrankenhaus 4 Fälle von Tetanus eingeliefert worden. An der Hand dieser Fälle bespricht Dr. Goldberg die Resultate des Antitoxins, das reichlich bei allen angewandt wurde. Es muss hier vor allen Dingen hervorgehoben werden, dass alle Fälle recht spät zur Behandlung eingeliefert wurden; wenigstens 8 Tage nach der Verletzung und mehrere Tage nach Ausbruch der Erkrankung. Die Verletzungen waren alle geringfügige. 3 Kranke hatten Verletzungen an den Füssen und 1 am Kopfe, die Verletzungen waren bei 3 schon verheilt, bei einem noch offen. Alle waren junge, kräftige Leute. Es starben von diesen 4 Fällen 2 und genasen 2. Der Tod trat besonders rasch bei der Kopfverletzung ein, 24 Stunden nach Einlieferung ins Krankenhaus. Von den anderen 3 starb einer nach 2 wöchentlichem Krankenlager. Die anderen genasen. Sie lagen 5—6 Wochen im Krankenhause. Die Tetanuseerscheinungen liessen ganz allmählich nach. Die Behandlung bestand nicht nur in der reichlichen Anwendung des Tetanusheilserums, sondern auch noch in Bädern und narkotischen Mitteln. Was nun das Wesen des Tetanus anbetrifft, so citiert Dr. Goldberg die neuen Arbeiten von Gumprecht, Meyer und Ranviere. Ersterer stellte die Tatsache fest, dass das Tetanusgift ausschliesslich im Zentralnervensystem und zwar im Rückenmarke Veränderungen hervorrufe, die das Krankheitsbild des Tetanus erzeugen. Letztere kamen zu dem Ergebnisse, dass der Transport von der Peripherie zum Zentrum ausschliesslich durch den Achsencylinder der peripheren Nerven geschehe, während Lymphbahnen und Nervenscheiden im Wesentlichen frei bleiben und dass die Inkubationszeit beim Tetanus grössten Teils durch die intraneurale Giftwanderung bis zu den giftempfindlichen Rückenmarkszentren verbraucht wird. Weiter citiert Dr. Goldberg die Arbeit von Prof. Küster, in welcher ein Fall von Laboratoriumstetanus beschrieben wird. In diesem Falle gelang es die gefährdeten Rückenmarkszentren durch Sperrung der zuführenden Nerven mit Autotoxin zu schützen. Es wurde hier das Tetanusantitoxin in die Nervenstämme des verletzten Armes mit bestem Erfolge eingespritzt.

Die Heilresultate durch Tetanusantitoxin scheinen denen durch Heilserum bei Diphteritis weit nachzustehen. Bis Einführung des Antitoxins betrug die Mortalität 88 pCt

Bei Anwendung des Antitoxins kommt es vor allen Dingen darauf an, dass dasselbe so früh wie möglich Anwendung findet. Bei früher Anwendung in genügender Dosis, spätestens 30 Stunden nach Ausbruch der ersten Krankheitssymptome, soll die Sterblichkeit nach Behring 15 pCt. nicht übersteigen. Andere Autoren kamen jedoch zu anderen Resultaten. So berechnet Engelmann 28 pCt. Todesfälle und 72 pCt. Heilungen. Köhler 35 pCt. Todesfälle und 65 pCt. Heilungen. Lund 39 pCt. Todesfälle. Es treten aber auch Gegner auf, so meint Bruns, dass er in keinem Falle lebensrettend wirken konnte, obschon das Antitoxin so früh wie möglich angewandt wurde. Blumenthal und Jakob kamen auf Grund von Tierexperimenten zum Schluss, dass das Tetanusgift zur Zeit des Ausbruches der Tetanuserscheinungen bereits so fest im Zentralnervensystem verankert ist, dass es auch mit Hilfe der Duralinfusion hieraus nicht mehr entfernt werden kann. Leyden und Blumenthal behaupten, dass der Mensch zu jener Kategorie von Thierarten zu rechnen sei, welche beim Ausbruch der tetanischen Erscheinungen schon die überwiegende Menge des Giftes in den Nervenzentren gebunden und so der Einwirkung des Heilserums, welches subkutan oder intravenös zugeführt, wurde, schwer zugänglich gemacht haben. Auch Steuer kommt in seinem Sammelreferat zu dem Ergebniss, dass das Antitoxin wohl das noch im Blute zirkulierende Gift zu paralysieren vermöge, doch wird hierdurch im Gesamtverlauf der Krankheit keine wesentliche Veränderung bewirkt, da deren Intensität wahrscheinlich von der während der Inkubationszeit gebildeten und zur Wirkung gelangten Giftmenge abhängig ist.

(Autoreferat).

Präses: Prissmann: Sekretär: Ischreyt.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der Ober - Militär - Medizinalinspektor, Leibmedikus des Allerhöchsten Hofes, Geheimrat Dr. Speranski, ist krankheitshalber mit Uniform und Pension verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum wirklichen Geheimrat. Zu seinem Nachfolger ist der bisherige Gehülfe des Chefs der Ober-Militär-Medizinalverwaltung Dr. Jewdokimow ernannt worden.

— Zur Ergänzung unserer Meldung von der Reise Professor E. v. Bergmanns nach Konstantinopel, können wir heute mitteilen, dass Prof. v. Bergmann an das Krankenlager einer der Töchter des Sultans, der Prinzessin Resia Sultana, berufen war, um an der Konsultation bei der an einer Blinddarmentzündung erkrankten Prinzessin teilzunehmen. Es handelte sich also, wie Prof. v. Bergmann an die «Neue Freie Presse» schreibt, nicht um eine Operation, sondern nur um eine Konsultation bei der Prinzessin, die sich bereits auf dem Wege der Rekonvaleszenz befindet. Inzwischen ist Prof. v. B. am Freitag nach dem Selamlik, dem er auch beigewohnt hat, vom Sultan in Audienz zur Berichterstattung über das Befinden der Prinzessin empfangen worden, bei welcher Gelegenheit der Sultan ihm das Grosskreuz des Osmanieordens, mit Brillanten verziert, überreicht hat, während sein Assistent Dr. Bier das Grosskreuz des Medschidieordens, das Prof. v. B. bisher besass, erhielt.

— Ordensverleihungen: Der St. Wladimirorden III. Klasse—dem verabschiedeten Divisionsarzt der 69. Inf.-Division Dr. Gedaminski. Der St. Wladimirorden IV. Klasse — dem Oberarzt des Preobrashenskischen Leibgarderegiments Dr. Alexander Busch und dem ausseretatmässigen Konsultanten am St. Petersburger Nikolai-Militärhospital, Dr. Nikolai Jakimowitsch.

— Der stellv. Gouvernements-Medizinalinspektor des Chersonschen Gouvernements und Oberarzt der örtlichen Gemeinschaft barmherziger Schwestern und des ihr gehörigen Krankenhauses ist auf sein Gesuch vom zweitgenannten Amte entbunden worden.

— Der langjährige Ordinator des Gouvernements-Landschaftshospitals in Orel, Dr. Carl Stelling, ist auf eigenes Ersuchen verabschiedet worden. Dr. St. ist ein ehemaliger Jünger der Dorpater Universität, an welcher er 1869 die Doktorwürde erlangte.

— Der Oberarzt des I. städtischen Krankenhauses in Moskau Dr. Ernst Klin hat seinen Abschied eingereicht. Dr. Klin steht gegenwärtig im 72. Lebensjahre und ist bereits nahezu 50 Jahre als Arzt tätig.

— Ehrung deutscher Professoren in Japan. Im Garten der Kais. Universität in Tokio werden zur Zeit Bronzestatuen errichtet für die beiden früheren deutschen Professoren der Medizin an dieser Universität, Dr. Bälz und Dr. Scriba. Beide Professoren gehörten über 20 Jahre der medizinischen Fakultät der Universität Tokio an und waren bahnbrechend für die Einführung der modernen wissenschaftlichen Medizin in Japan.

— Aus Charkow wird berichtet, dass der Direktor der Therapeutischen Fakultätsklinik an der dortigen Universität, Prof. Dr. Johann Obolenski um seinen Abschied eingekommen ist.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 8. Mai in Shitomir der Gouvernements-Medizinalinspektor von Wolhynien Dr. Georg Bruhns nach langer Krankheit im 56. Lebensjahre. Der Hingeschiedene welcher 1873 seine praktische Tätigkeit begann, war seit einer Reihe von Jahren auch Präses der Gesellschaft der Aerzte des Wolhynischen Gouvernements. 2) In St. Petersburg am 9. Mai Dr. Isaak Dembo, Ordinator am städtischen Alexanderhospital und Spezialarzt an der Heilanstalt der Herzogin von Sachsen-Koburg-Gotha im Alter von 59 Jahren. Die Venia practicandi hatte er i. J. 1870 erlangt. 3) In Wologda am 1. Mai der Sanitätsarzt der Dmitrowskischen Landschaft Gregor Rostowzew im 39. Lebensjahre nach 13-jähriger ärztlicher Tätigkeit. Er wurde während des Aufruhrs in Wologda, wohin er verbannt war, vom Volkshaufen erschlagen. 4) In Tiflis der jüngere Arzt eines kaukasischen Schützenbataillons Michael Nedopekin im 28. Lebensjahre nach vierjährigem Dienst als Militärarzt. Er hat sich erschossen. 5) In Tübingen der seit dem 1. April 1905 im Ruhestande lebende ordentliche Honorarprofessor Dr. med. Friedrich Hagelmaier im Alter von 72 Jahren. Er war ursprünglich Mediziner und Militärarzt, habilitierte sich aber i. J. 1864 in Tübingen als Privatdozent für Botanik und wurde 1866 zum ausserordentlichen Professor für medizinische und Forstbotanik, 1902 zum ordentlichen Honorarprofessor befördert.

Von Universitäten, med. Instituten und Kongressen.

— Zum Nachfolger des Prof. Recklinghausen auf dem Lehrstuhl der Pathologie an der Universität Strassburg ist, nachdem Prof. Ribbert (Bon) abgelehnt, Professor Dr. Hans Chiari von der deutschen Prager Universität berufen worden und hat den Ruf angenommen.

— Der Breslauer Chirurg Prof. Dr. Garré, der als Nachfolger Czernys nach Heidelberg berufen war, hat die Berufung abgelehnt.

— In den Kliniken der Moskauer Universität haben die Studenten des IV. und V. Kursus die Beschäftigung fast in vollem Umfange aufgenommen.

— Zu den Zöglingen geistlicher Saminarien, welchen neuerdings der Zugang zum Studium der Medizin an allen russischen Universitäten (in Moskau nach einer Ergänzungsprüfung in der Mathematik und Physik, in Dorpat sogar ohne jegliche Kontrollprüfung) freigegeben worden ist, kommen jetzt noch die Veterinäre. Wie die «Nordl. Ztg.» hört, ist es mittelst Allerhöchstem Befehl vom 22. April dem Minister der Volksaufklärung anheimgestellt, die Aufnahme von Veterinärärzten in die Zahl der Studierenrenden der medizinischen Fakultäten der Universitäten zu gestatten — unabhängig davon, welche mittlere Lehranstalt solche Veterinärärzte besucht hatten. Die Aufnahme hat, eventuell nach einem Ergänzungsexamen, in denjenigen Kursus der medizinischen Fakultät zu erfolgen, von welchem an die Absolventen der Veterinärinstitute mit Erfolg das Studium der Medizin fortsetzen können.

— Bei den Moskauer höheren weiblichen Kursen ist die Eröffnung einer medizinischen Abteilung, die den medizinischen Fakultäten an den Universitäten entsprechen soll, genehmigt worden. Die Vorbereitungen für die neue Abteilung werden mit grossem Eifer betrieben, damit diese wo möglich noch im Herbst d. J. ins Leben treten kann.

— Die Festsetzung einer Altersgrenze für preussische Universitätsprofessoren soll nach der «Deutsch. med. Wochenschr.» nicht erfolgen, da auf eine Umfrage des Kultusministeriums die akademischen Senate sich dagegen ausgesprochen haben.

Standesangelegenheiten.

— In der Stadt Balaklawa (Gouv. Taurien) erhalten, wie ein hiesiges Blatt zu berichten weiss, die Aerzte nicht ihre Gagen, da die Stadtkasse vollkommen erschöpft ist.

— Das gegen den bekannten Rostocker Gynäkologen Professor Dr. Schatz auf seinen eigenen Antrag eingeleitete Disziplinarverfahren hat keine Veranlassung gegeben, einen Prozess wegen der dem Professor vorgeworfenen angeblichen Unterschlagungen in seiner Klinik anzustrengen. Prof. Schatz hat jedoch seine Lehrtätigkeit aufgegeben und wird sich ganz seiner Privatpraxis widmen.

— Dem praktischen Arzt Dr. Ernst in Metz ist nach einem dortigen Blatte der ärztliche Orden Gregors des Heiligen für den «Eifer in der Verteidigung der katholischen Religion» verliehen worden. Dr. Ernst hatte im vorigen Sommer auf der Metzer Aerzteversammlung die Heilung einer Lupuskranken durch eine Pilgerfahrt nach Lourdes und durch den Gebrauch von Lourdeswasser gegen alle dortigen Aerzte verteidigt.

— In letzter Zeit sind wieder mehrere Aerzte, die aus politischen Gründen arretiert waren, in entfernte Gouvernements verbannt worden: Der Ordinator des Wilnaschen jüdischen Hospitals Zemach Schabad nach 5-monatiger Gefängnishaft in's Archangelsche Gouvernement auf 3 Jahre; der Landschaftsarzt Tarnow aus Moskau in das Gouvernement Jenissei auf 5 Jahre; der freipraktizierende Arzt in Alexandrowsk (Gouv. Jekaterinosslaw) Dr. David Kranzfeld, der bereits aus der Haft entlassen war, in ein nördliches Gouvernement.

Entlassen aus der Haft ist der Arzt der Perekopschen Landschaft (Gouv. Taurien) Dr. Paul Ryschkow.

— Die Kommission, welche unter dem Vorsitz des Generals Trepow mit der Ausarbeitung neuer Grundlagen für das Militär-Sanitätswesen betraut ist, soll sich mit grosser Stimmenmehrheit dafür ausgesprochen haben, die Militärärzte den Offizieren gleichzustellen und ihnen, wie das in den ausländischen Armeen der Fall ist, auch den entsprechenden Militärrang zu verleihen, und demgemäss «Arzt-Kapitän», «Arzt-Oberst», «Arzt-Generalmajor» u. s. w. zu benennen. Nach Absolvierung des Kursus in der militär-medizinischen Akademie sollen die Aerzte mit dem Range eines Stabskapitäns angestellt werden, zwei Jahre darauf zum Kapitän, nach 6-jährigen Dienst zum Oberstleutnant und nach 15-jährigen Dienst für Auszeichnung zum Oberst befördert werden. Der Divisionsarzt wird im Range eines Obersten, der Korpsarzt im Range eines Generalmajors, der Bezirks-Medizinalinspektor im Range eines Generalleutnants und der oberster Chef des Sanitätswesens der Armee im Range eines Generalleutnants oder eines vollen Generals stehen. Die Uniform der Aerzte wird die der Offiziere sein, nur mit dem Unterschiede, dass auf den Achselklappen und den Epauletten die Embleme der Medizin angebracht werden. Die im Oberoffiziersrange stehenden jüngeren Militärärzte werden in bezug auf die Tischgelder den Kompagnie-Kommandeuren, die im Stabsoffiziersrange stehenden — den jüngeren Stabsoffizieren gleichgestellt. Die Militärärzte werden ein besonderes «Sanitäts-Offizierkorps» bilden.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Die Omsker medizinische Gesellschaft hat in ihren Vorstand für das Jahr 1905/6 gewählt: den älteren Ordinator am örtlichen Militärhospital Dr. P. Ssolomin — zum Präses, den Gebiets-Medizinalinspektor Dr. N. Kassjanow — zum Vizepräses, den ält. Ordinator am Militärhospital Dr. A. Passalski — zum Kassierer und die DDr. W. Dörbeck und N. Kabalkin — zu Sekretären. Die Gesellschaft zählte im Berichtsjahre 1904/5—96 Mitglieder und hat 10 Sitzungen abgehalten.

— Der I. Allrussische Kongress für pädagogische Psychologie wird am 31. Mai hier eröffnet werden und 5 Tage dauern. Mitglieder des Kongresses können Lehrer der höheren und mittleren Lehranstalten, Schulärzte, Vertreter wissenschaftlicher Gesellschaft und Institutionen, sowie Personen, die durch ihre Arbeiten auf dem Gebiete der Psychologie, Physiologie und Schulhygiene bekannt sind, werden. Anmeldungen und Mitgliedsbeiträge im Betrage von 3 Rbl. werden im Psychologischen Laboratorium (Fontanka 10) täglich von 12—3½ Uhr entgegengenommen.

Verschiedene Mitteilungen.

— Die Sammlung für das in Breslau vor der chirurgischen Klinik, der Stätte seines langjährigen Wirkens, zu errichtende Denkmal für den verstorbenen Chirurgen Prof. v. Mikulicz-Radecki hat bereits den Betrag von 19,602 Mark ergeben, darunter allein aus Amerika 6520 Mark.

— Aus dem Astrachanschen Stadthospital ist kürzlich, wie die örtliche Zeitung meldet, eine ganze Kiste mit Pestserum gestohlen worden. Die recht umfangreiche Kiste war vor kurzem aus Petersburg eingetroffen und vom Stadtamt ins Hospital geschickt worden, wo sie in den Keller gestellt wurde. Der Dieb hat beide Kellerschlösser erbrochen.

— Baltische Studenten auf Deutschen Hochschulen. Wie der Hülfsausschluss für die notleidenden Deutschen Russlands zu Berlin mitteilt, ist es durch die aus ganz Deutschland eingelaufenen Spenden und auch dank der Förderung, die der Hülfsausschuss seitens des Preussischen Kultusministeriums erfahren hat, möglich gewesen, ungefähr 240 bedürftigen baltischen Studenten (darunter auch vielen Medizinern) das Weiterstudium im Deutschen Reiche zu ermöglichen. In dem Bericht des Hülfsausschusses heisst es dann weiter:

«Die Spende für die baltischen Studenten auf reichsdeutschen Hochschulen ist um so anerkennenswerter, als damit nur eine alte deutsche Ehrenschuld getilgt wird. Haben doch die baltischen Studenten während des deutsch-französischen Krieges 1870/71 für deutsche Verwundete erhebliche Beträge zusammengebracht. Allein die 4 damals bestehenden deutschen Studentenverbindungen in Dorpat: Fraternitas Rigensis, Livonia, Curonia, Estonia haben 8000 Mk. — gespendet. Diese grosse Liebesgabe wurde u. a. dadurch zusammengebracht, dass die Verbindungen auf ihre üblichen Kommerse verzichten und die für dieselben bestimmten Summen den deutschen Verwundeten zukommen liessen, und auch Konzerte veranstalteten, deren Glanznummer «die Wacht am Rhein» bildete. Mancher baltische Student, der jetzt im deutschen Reiche unterstützt wird, erhält somit nur das wieder, was einst sein Vater für unsere deutschen Verwundeten gespendet hat. Hierbei sei überhaupt daran erinnert, dass aus den baltischen Provinzen damals beträchtliche Summen für die deutschen Verwundeten beigesteuert worden sind. Auch hatten sich viele deutsche Mediziner aus dem Baltikum sofort nach Deutschland begeben und bei der Pflege der Verwundeten tatkräftig mitgeholfen, während die baltischen Frauen und Mädchen eifrigst Scharpie zupften und Verbandzeug nähten».

Bf.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **R. Wanach** in St. Petersb., Petb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 22 St. Petersburg, den 3. (16. Juni). **1906.**

Die Bedeutung der Hydrotherapie bei Infektionskrankheiten.

Von

J. Lichtman cand. med.

Hospitant der Allgemeinen Poliklinik in Wien.

Die Herabsetzung der Körpertemperatur bei Infektionskrankheiten spielt eine bedeutungsvolle Rolle und wie nirgends ist gerade hier die Verwendung der kalten und warmen Wässer zu Heilzwecken von sehr grosser Bedeutung, ja manchmal von lebensrettender Wirkung. Im allgemeinen tritt die Wirkung des Wassers bei äusserer Anwendung um so deutlicher hervor, je mehr der Unterschied zwischen der Temperatur des Körpers und des Wassers. Die Temperatur der Organe des lebenden menschlichen Körpers wird hauptsächlich von der Menge und dem Wärmegrad des ihm zugeführten Blutes bestimmt und ist nur in geringfügigem Masse von dem physikalischen Leitungsvermögen der Haut und des Unterhautzellgewebes abhängig.

Die Abkühlung oder Erwärmung kleiner Körperteile übt keinen Einfluss auf die Temperatur des Gesammtorganismus aus; von sehr grossem Einfluss aber sind verschiedenartige Temperaturen, wenn sie auf den ganzen Körper, oder auf einen grossen Teil desselben einwirken. Die Entziehung der Wärme ist das Endresultat der verschiedenen hydrotherapeutischen Einflüsse, bestehend in den Wirkungen kalter, warmer und heisser Wasserbäder, Dampfbäder, kalter Abreibungen und den übrigen hydriatischen Prozeduren. Die Wirkung beruht nicht nur auf den mechanischen und thermischen Einflüssen, sondern auch auf der Dauer des Bades.

Wenn ein gesundes Individuum ein kaltes Bad nimmt, so wird die dadurch entzogene Wärme durch neu produzierte Wärme ersetzt, wobei trotz der Wärmeentziehung die Körpertemperatur konstant bleibt oder nachher auch etwas steigt. Wenn wir aber durch längere Zeit die Wärme stark entziehen, kann der Organismus nicht mehr ausreichen, er kann keinen Widerstand leisten und der Körper kühlt sich nach innen ab. Nach Ablauf der Wärmeentziehung folgt eine Zeit, wo die Körpertemperatur niedriger ist als sie vor dem Bade war und nachher eine geringe Steigerung der Körperwärme. Jetzt wenden wir uns der Frage zu, welchen Einfluss die hydriatischen Prozeduren auf das Fieber und den Stoffwechsel haben; es sei nun erinnert, dass die Wärmeproduktion im Fieber gesteigert ist und ein Missverhältniss zwischen Wärmeproduktion und Wärmeabgabe besteht.

Die Hydrotherapie ist in diesem Falle derjenige Faktor, der seine Aufgaben glänzend erfüllt, einerseits durch Herabsetzung der Wärmeproduktion, andererseits durch die Steigerung der Wärmeabgabe. Bei fieberhaften Krankheiten kann die neugebildete Wärme nicht so schnell die entzogene Wärme ersetzen, wie bei Gesunden, so, dass der Körper schon bei nicht zu starker Wärmeentziehung sich rasch abkühlt. Daher je nach dem einzelnen Falle, in welchem die wärmeentziehenden Eigenschaften der hydriatischen Prozeduren zu Tage treten, muss eine verschieden grosse Anzahl von Abkühlungsprozeduren (kalte Bäder, Waschungen) notwendig sein um auf die Temperatur dauernd erniedrigend zu wirken oder wenigstens länger dauernde Besserungen zu bewirken.

Die Herabsetzung der Temperatur geschieht um so rascher und intensiver, je mehr der Kältegrad und je länger er angewendet wurde. Was die Einwirkung auf den Stoffwechsel betrifft, so ist eine wesentliche Vermehrung der Kohlensäureausscheidung zu vermerken, welche mit der entsprechenden Steigerung des Sauerstoffverbrauches verbunden ist. So lange in dem wärmeentziehenden Bade die Körpertemperatur konstant bleibt, erscheint die Wärmeproduktion, die Kohlensäureabgabe und die Sauerstoffaufnahme umsomehr gesteigert, je grösser der Wärmeverlust ist, der durch das kalte Bad verursacht ist. Die Herabsetzung der Körpertemperatur durch das wärmeentziehende Bad ist durch die Wirkung des-

selben auf die Blutzirkulation begründet. Die Veränderung in der Blutzirkulation, welche durch die kalten Badeformen bewirkt wird, ist mannigfach. Das kalte Bad bewirkt zunächst Verengerung der Kapillargefässe, auf welche dann eine Erweiterung folgt. Und das wäre das Ziel, das wir zu erreichen suchen: die Hautgefässe müssen sich erweitern, der Krampf derselben löst sich und dadurch kommt das hochtemperierte Blut in die Peripherie, wird da abgekühlt, strömt abgekühlt zum Herzen und jede neue Blutwelle bringt immer frisches Blut zur Abkühlung.

Werden dabei sehr niedere Wassertemperaturen angewendet oder wird die Badedauer in einem mässig kalten Bade auf längere Zeit ausgedehnt, oder wird in derselben die Wärmeabgabe von der Körperfläche durch einen mechanischen Reiz begünstigt, so sinkt die Temperatur auch im Innern des Körpers und es unterliegt keinem Zweifel, dass wir durch kalte Bäder die Eigenwärme herabsetzen können.

Das Hauptmoment für die febrile Temperatursteigerung besteht in einer verminderten Wärmeabgabe und darin, dass jedes antipyretische Heilverfahren die Herabsetzung der Körpertemperatur durch Erhöhung der Wärmeabgabe und die Begünstigung der Ausscheidung der Zerfallsprodukte anzustreben hat.

Durch zahlreiche Versuche (Maragliano) ist der Beweis erbracht worden, dass die gebräuchlichsten Antipyretica wie Antipyrin, Chinin u. A. eine Gefässerweiterung hervorrufen und dass ihre antithermische Wirkung so lange andauert, als die Gefässe dilatiert sind; somit entsprechen die genannten Mittel den weiteren Anforderungen der Antipyrese nur zum Teil, da sie im allgemeinen die Herztätigkeit schwächen und den Tonus der Blutgefässe herabsetzen, wodurch die Diurese und Ausscheidung der Stoffwechselprodukte leiden, indem sie verlangsamt werden.

Wenn wir die Wirkung der Bäderbehandlung mit jener der anderen antipyretischen Heilmethoden vergleichen, so unterliegt es keinem Zweifel, dass die Bäderbehandlung weit mehr allen Indikationen entspricht.

Das kurzdauernde kalte, ebenso das länger dauernde kühle Bad setzen die Temperatur bedeutend herab, wobei man durch gleichzeitig applizierte mechanische Reize, welche rasch zu Erweiterung der Hautgefässe führen, die Wirkung noch wesentlich steigern kann. Mit der antithermischen Wirkung dieser Methode der Behandlung geht eine Kräftigung des Herzmuskels und eine Steigerung des Blutdruckes einher; daraus kann man schliessen, dass die antithermische Wirkung nicht der einzige Vorteil ist, welchen diese Behandlungsmethode gewährt und deren Endresultat in der Diurese und der mit ihr verbundenen vermehrten Ausscheidung der Stoffwechselprodukte besteht.

Demnach können wir mit Recht die Hydrotherapie nicht nur als antithermisches Mittel, sondern auch als ein antipyretisches Heilverfahren bezeichnen, das an der Spitze aller anderen Mitteln der Fieberbehandlung steht. Wir müssen berücksichtigen, dass die Erregung der nervösen Zentren und somit der Zirkulation, Respiration, der Sekretionen etc. eine weit wichtigere Rolle bei der Behandlung des Fiebers und der akuten Infektionskrankheiten spielt, als die alleinige Herabsetzung der gesteigerten Temperatur.

Wenden wir uns nun der Form der Anwendung der Hydrotherapie bei den akuten Infektionskrankheiten zu; am wichtigsten erscheint die Hydrotherapie bei Typhus abdominalis.

In der Behandlung keiner von den anderen akuten Infektionskrankheiten hat sich die Hydrotherapie so vollkommen das Feld erobert, als in der Behandlung des Typhus. Da lässt sich die Hydrotherapie leicht selbst von dem modernsten Gesichtspunkte aus begründen. Nach Winternitz ist die Hydrotherapie nicht blos eine symptomatische, sondern geradezu eine kausale Kur, da nicht nur die Fiebererscheinungen, Erscheinungen von seiten des Zirkulationsapparates, des Zentralnervensystems, sondern auch die Diurese, Zunahme der Toxicität des Harnes, Leukocytose und andere natürliche Abwehrbestrebungen des menschlichen Organismus dadurch beeinflusst werden und unterstützt. Somit erfüllt die Hydrotherapie nicht nur die kausale Therapie, sondern ist auch imstande die grössten praktischen Erfolge aufzuweisen.

Die Kaltwasserprozeduren, welche bei der Behandlung des Abdominaltyphus in Anwendung gebracht werden, sind sehr mannigfach. Durch Brand eingeführt, von Jürgensen, v. Ziemssen, Liebermeister und anderen Klinikern weiter ausgebildet, hat sie einen unbestrittenen Erfolg durch geringere Mortalität und absolute Verminderung zahlreicher schwerer Erscheinungen von Seiten des Zentralnervensystems, Zirkulationsapparates, des Darmtraktes und der Respirationsorgane.

Brand gebrauchte Vollbäder von 20° R. und 15 Minuten Dauer in Pausen von 3 Stunden, solange die Temperatur des Patienten 39° C. erreichte. Andere verwendeten kalte Uebergiessungen, Waschungen, kalte Einwickelungen etc. Von grosser Bedeutung ist eine richtig geleitete hydrotherapeutische Behandlung. Im allgemeinen gebraucht man Bäder zunächst von 32° C., die nächsten von 30—25° C. und 5—15 Minuten Dauer, eventuell nach v. Ziemssen's Vorgang allmählich auf diese Temperatur abgekühlt. Wenn die Kranken stärker benommen werden, oder während mehreren Tage aus einer auch nur leichten Somnolenz nicht herauskommen, wenn nächtliche Delirien sich einstellen, wenn die Atmung oberflächlich wird, oder die Lungen fortschreitende oder stärker ausgebreitete Veränderungen zeigen, wird das Bad mit einer kurzen kalten Uebergiessung vom Nacken, Iugulum, Achselhöhlen und Epigastrium des Kranken beschlossen. Dabei soll der Kranke selbstverständlich nicht selbst das Bett verlassen, sondern wird aus dem Bette herübergehoben, im Bade unter dem Rücken unterstützt und aus dem Bade wieder herausgehoben. Nachher wird er in das vorher erwärmte Bett gebracht, daselbst liegend rasch abgetrocknet und warm zugedeckt. Meist reichen 2—3 Bäder am Tage zur Erzielung des gewünschten Effektes aus. Sollten die Bäder die Temperatur nicht genügend herabsetzen, so werden nach jedem Bade einige Stammumschläge in der Dauer von einer 1/2 Stunde dargereicht. Von günstigem Einflusse ist auch die Applikation von einer Kühlklappe oder eines kalten Umschlages auf den Kopf und auf das Herz.

Durch jede einzelne Prozedur, sei dieselbe eine Teilwaschung, Uebergiessung, Halbbad, feuchte Einpackung etc., werden wir in vielen Fällen nicht nur die lästigen Fiebererscheinungen mässigen, sondern wir werden auch die subjektiven Beschwerden des Typhuskranken mildern. Nur muss man dabei die hydriatischen Prozeduren systematisch zur richtigen Zeit und in der richtigen Auswahl ausführen und der Erfolg wird nicht ausbleiben; je früher die Wasserbehandlung des Typhus beginnt, desto sicherer kann man auf einen günstigen Ausgang der Krankheit rechnen.

Kontraindiziert sind die hydriatischen Prozeduren bei den geringsten Anzeichen einer Darmblutung, bei der Gefahr eines Kollapses, bei Erscheinungen der peritonitischen Reizung, Schmerzen und Erbrechen.

Die Hydrotherapie bei Typhus exanthematicus hat auch überaus günstige Erfolge zu verzeichnen und was die Anwendung betrifft, so ist dabei denselben

Grundsätzen zu folgen, welche giltig sind bei Typhus abdominalis.

Die Erfahrung vieler Beobachter hat ergeben, dass die Anwendung der Kälte bei Influenza kondraindiziert ist; kühle Bäder, oder Bäder mit kühlen Uebergiessungen sind bei der nie ganz zuverlässigen Herzkraft Influenzakranker nicht empfehlenswert. Die Meinungen darüber gehen aber auseinander. Pick z. B. empfielt eine vorsichtige hydriatische Kur in Form von mehreren Teilwaschungen am Tage oder 1—2 Halbbäder, oder in Form von gewechselten feuchten Einpackungen mit nachfolgender Abkühlungskur. Bei vorwaltender Beteiligung des Herzens soll der Herzkühlapparat mehrere Male am Tage durch $^1/_4$ bis zu einer Stunde verwendet werden, wobei die allgemeinen Prozeduren dem Kräftezustande entsprechend ausgewählt werden.

Was die Wasserbehandlung bei Masern anbelangt, so ist die Erhöhung der Körpertemperatur noch keine Indikation für eine energische Wasserbehandlung; deshalb, abgesehen von den leichten, unkomplizierten Masernfällen, die keiner weiteren Behandlung bedürfen, ausser entsprechender hygienischer Massnahmen, wie Anordnung von Bettruhe etc., kommt die Anwendung kalter Bäder und Uebergiessungen in Betracht, wo zu dem hohen Fieber die zentralen Erscheinungen hinzukommen, wo die Benommenheit intensiver wird, wo starke Unruhe, Delirien, Schlaflosigkeit und Krämpfe sich einstellen. Die häufigste Veranlassung zur Anwendung des Wassers in verschiedener Form und Temperatur geben die im Verlaufe der Krankheit sich einstellenden katarrhalischen Affektionen der Atmungsorgane.

Dabei werden Bäder von 35—28° C. in der Dauer von 5 Minuten zweimal am Tage angewendet. Nebenbei macht man kräftige Uebergiessungen vom Nacken, Iugulum, Achselhöhlen und Magengrube. Dabei muss die Badeeinrichtung derartig sein, dass eine Erkältung sicher ausgeschlossen erscheint, denn man muss überhaupt Masernkranke bei der Disposition ihrer Atmungsorgane sorgfältig vor Erkältung schützen. Schliesslich kann man 1 Woche nach der Entfieberung 35° C. warme Bäder verordnen, um die Abschuppung zu befördern.

Für die Behandlung des Scharlach gelten dieselben Regeln im allgemeinen, die wir bei der Therapie der Masern angeführt haben. Auch bei Scharlach werden täglich Bäder 1—3 mal von 35°—28° C. von 5—10 Minuten Dauer und mit kurzen kalten Uebergiessungen angewandt. Für leichtere Fälle genügen schon kalte Abwaschungen, Umschläge auf den Kopf und Rumpfumschläge, welche letztere ausgezeichnete Dienste leisten. Die Erscheinungen von Seiten des Zentralnervensystems — Schlaflosigkeit, Unruhe werden oft durch Eisblasen auf Kopf und Herz, durch feuchtwarme Umschläge auf Brust und Leib oder durch Abwaschung mit 30° C. warmem Wasser am Abend wesentlich gebessert. Von sehr günstigen Resultaten sind auch vorsichtige hydrotherapeutische Prozeduren bei stärkeren Lungenerscheinungen.

Auch in der Behandlung der Cholera kann man durch Anwendung von warmen und heissen Bädern den Verlauf günstig beeinflussen. Zur Einwirkung auf die Haut stehen uns heisse Bäder und dann schweisserregende Prozeduren zur Verfügung.

Besonders indiziert sind die heissen Bäder im Stadium algidum; dasselbe ist, wie bekannt mit einem Temperaturabfall unter die Norm verbunden. Dabei sind die Extremitäten kühl, die kleinen Arterien der Haut verengt, das Aussehen des Kranken ist ein fast leichenhaftes: extreme Blässe, graue Verfärbung der Haut, hochgradige Cyanose der Lippen, verfallene Züge und sehr kleiner, kaum fühlbarer Puls. Es wäre somit am Platze den weiteren Wärmeverlust für einige Zeit zu sistieren, zum Teile durch Zufuhr von aussen zu ersetzen und aus diesen Gesichtspunkten ein warmes oder heisses Bad zu verabreichen. Man wendet 35°—36° R. Bäder in der Dauer von 5—15 Minuten an; in der neueren Zeit wendet man heisse Bäder und Einpackungen in heisse wollene Decken oder selbst Dampfbäder und heisse Luftbäder an.

Alle Cholerakranken haben selbst, wenn sich ihre Haut ganz kühl anfühlt, ein ausserordentliches Hitzegefühl, weshalb sie heisse Bäder und Einwickelungen sehr unangenehm empfinden. Aber nach einiger Zeit wird die wohltätige Wirkung von vielen Patienten empfunden: es verschwinden die Beklemmungen, Krämpfe und Cyanose, der Puls wird regelmässig und voll und die Patienten empfinden eine Erleichterung so, dass sie nach kurzer Zeit wieder ein heisses Bad verlangen. Allerdings ist die günstige Wirkung nicht bei allen Patienten vorhanden. Nach Beobachtungen in der Hamburger Epidemie waren unter einer grossen Zahl solcher, welche direkt einen günstigen Erfolg aufwiesen, einzelne, bei welchen zwar die Wirkungen auf die Haut in Form von Rötung und Gefässerweiterung deutlich hervortraten, bei welchen aber der Puls sich nicht hob und bei welchen Ohnmachtsanfälle jedem Versuch eines längeren heissen Bades sich anschlossen.

Jedenfalls war bei einer grossen Zahl der Erkrankten in der Hamburger Epidemie das heisse Bad durchaus von günstiger Wirkung.

Das sind in Kürze die Bedeutung und Behandlungsarten der hydriatischen Prozeduren bei Infektionskrankheiten. Zu erwähnen wäre noch, dass das Stadium, in welchem die Krankheit beim Beginn der antipyretischen Hydrotherapie sich befindet von grosser Bedeutung ist, insbesondere bei denjenigen Infektionskrankheiten, bei welchen eine längere Dauer des fieberhaften Infektionszustandes vorauszusehen ist. Beim Abdominaltyphus z. B. wird man in der ersten Woche kühler und länger baden, als in der dritten. Es lässt sich demnach eine allgemeine Regel, wie kalt, wie lange und in welcher Form die Wasseranwendung bei fieberhaften Infektionskrankheiten geschehen solle, gar nicht aufstellen. Die Indikationen, welche sich aus dem individuellen Verhältnisse des Einzelfalles ergeben, sind viel zu verschieden; das eine mal ist es notwendig ein laues Bad von 15—20 Minuten Dauer anzuwenden, während in einem anderen Falle, etwa bei einer schweren Skarlatina, oder einem Typhus exanthematicus, wo eine intensive Erregung des Gehirnes indiziert ist, eine kurzdauernde kalte Uebergiessung von 12° C. am Platze ist. Es kann als allgemeine Regel gelten, dass man zunächst immer mit den wärmeren Bädern beginnt um einen Einblick in die Reaktion des Individuums zu gewinnen.

Die Intensität des Eingriffes kann man auch dadurch abmildern, dass man das laue Bad, während sich der Kranke in demselben befindet, durch Zugiessen kalten Wassers am Fussende, allmählich um mehrere Grade abkühlt.

Literatur:

Grube: Allg. und med. spezielle Balneotherapie. Wien 1897.

Glax: Lehrbuch der allg. und spez. Balneotherapie. Stuttgart 1897—1900.

Kisch: Balneotherapeutisches Lexikon. Wien 1897.

Sick: Die Behandlung der Cholera mit intravenöser Kochsalzinfusion. Jahrb. der Hamburger Staatskrankenanstalten. Bd. 3, 2. 1894.

Schweinburg: Handbuch der allg. und spez. Hydrotherapie. Wiesbaden 1904.

Rumpf: „Behandlung der akut. Infektionskrankheiten mit vorwiegender Beteiligung des Darmes" in Penzoldt und Stintzings Handb. der Therapie der Infektionskrankheiten. Bd. I.

Winternitz: Blätter für klin. Hydrotherapie. 1900. I.

v. Ziemsen: in Penzoldt und Stintzing's Handbuch der Therapie innerer Krankheiten. I Bd. 1894.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Generalarzt Dr. J. Port: Zur Reform des Kriegssanitätswesens. Ferdinand Enke. 1906.

Verfasser weist auf eine fehlerhafte Auffassung des Sanitätswesens hin, die, auf der Autorität Stromeyers fussend, in der deutschen Armee Platz gegriffen hat. Stromeyer gebührt das Verdienst mit dem grössten Nachdruck für eine konservative Wundbehandlung eingetreten zu sein, er wusste dieses aber nicht anders zu erreichen, als dadurch, dass er jeglichen Transport und Evakuation der Verwundeten perhorreszierte und diese womöglich bis zum Tage ihrer völligen Heilung am Orte ihrer Verwundung zurückgehalten und untergebracht wissen wollte. Stromeyer's Prinzipien sind noch heute die in der deutschen Armee herrschenden und der ganze Zuschnitt und die Organisation des Sanitätswesens beruhen auf ihnen. Strategische Rücksichten werden ihre Durchführung im Kriegsfalle aber nur zu oft unmöglich machen, eine schleunige Evakuation der Verwundeten in den Rücken der Armee nach dem Prinzip Larrey's muss daher als wichtigste Aufgabe des Kriegssanitätswesens in erster Linie ins Auge gefasst werden. Larrey erreichte die Möglichkeit zu sofortiger Evakuation durch ausgiebige Anwendung verstümmelnder Operationen (Amputation, Exartikulation). Um beides zu vereinigen d. h. die Verwundeten bei konservativer Behandlung dennoch transportfähig zu machen, schlägt Port vervollkommte immobilisierende Eisendraht- und Eisenschienenverbände vor. Gypsverbände sind zu zeitraubend. Die Bedeutung der Forderungen Port's hat der jüngste russische-japanische Krieg auf's Eindringlichste bewiesen, wo Tausende und Abertausende von Schwerverwundeten aus strategischen Rücksichten in grösster Hast evakuiert werden mussten, und in Folge ungeeigneten Verbandmaterials mit die zerschossenen Gliedmassen ganz ungenügend fixierenden Verbänden oder ganz ohne solche.

W. Schiele.

A. Pfeiffer: Einundzwanzigster Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene. Jahrgang 1903. Braunschweig. Fr. Vieweg & Sohn. 1905.

Wer sich über die Fortschritte und Leistungen auf diesem Gebiete ein Bild schaffen will, dem sei das Buch auf's Beste empfohlen. Mit Bienenfleiss ist von einer grösseren Anzahl Autoren die gesammte die Hygiene berührende Literatur für 1903 in allen Sprachen gesammelt und kurz wiedergegeben. Das Buch umfasst 673 Seiten und zerfällt in 5 Abschnitte, in denen alle Gebiete der Hygiene berücksichtigt sind, angefangen von den Gesetzen und Verordnungen und der allgemeinen Gesundheitsstatistik, der Nahrungs-, Tropen-, Schiffs-, Gewerbe-, Schul-, Bauhygiene u. s. w. bis zum Abdeckereiwesen und der Leichenbestattung. Besondere Sorgfalt ist dem wichtigen Kapitel der Infektionskrankheiten gewidmet, der Aetiologie, ihrer Verbreitung und Bekämpfung in den verschiedenen Staaten.

W. Schiele.

Wladyslaw Neumann: Weiteres über die Wichtelzopfkrankheit. Benno Koneger. Leipzig, 1905. Pr. 0,40 M.

Der seit Mitte der 50-ger Jahre des vorigen Jahrhunderts durch Beschorner, Hamburger etc. zum Siege verholfenen Ansicht, dass die Plica polonica eine Folge mangelhafter oder fehlender Haarpflege sei, häufig bedingt durch schmerzhafte Kopfaffektionen (Neuralgieen, Ulcera, Ekzema cap., welch' letzteres wiederum meist die Folge von Pedikulose), versucht Verfasser entgegenzutreten und macht für das Entstehen des Weichzelzopfes andere Momente verantwortlich, tropho-neurotische Störungen des Haarwachstums, klimatische Einflüsse und and. Referenten hat der Autor nicht zu überzeugen vermocht, ob es ihm bei anderen Lesern gelingt, scheint mir zum mindesten zweifelhaft.

W. Schiele.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

784. Sitzung am 21. Februar 1906.

Vorsitz.: Dobbert, später Blessig. Sekretär: Moritz.

1. A. Feldt: Ueber das Tuberkuloseserum von Marmorek (Erscheint im Druck).

Diskussion:

O. Moritz fragt, ob Feldt auch ungünstige Urteile über das Marmorek'sche Serum bekannt sind, — wie sie z. B. kürzlich von Hochhalt berichtet sind. Was die Resorption artfremden Eiweisses durch den Darm betrifft, so ist ein Uebergang solcher Stoffe in das Blut durchaus möglich, wie z. B. das Auftreten von Hühnereiweiss im Urin nach Genuss von Eiern beweist.

Dobbert fragt nach der Beeinflussung der sog. «chirurgischen Tuberkulose» durch das Serum, insbesondere bei Peritonitis.

Hecker äussert sich über Applikationsart und Nebenerscheinungen des Diphtherieserum. Urticaria tritt wenn überhaupt meist zwischen dem 8.—13. Tage auf, Abszesse hat H. nicht beobachtet, der sog. Wundscharlach dürfte oft eine Komplikation mit echtem Scharlach sein. Gelenkschwellungen treten selten auf.

Fick: Die Beurteilung der Wirkung therapeutischer Massnahmen ist gerade bei chirurgischer Tuberkulose schwierig, da immobilisierte Gelenke beispielsweise sehr schnell schmerzlos werden. F. hat bei Staphylo- und Streptokokkenseruminjektionen selten sehr starke Reizerscheinungen gesehn, oft jedoch eine kreisrunde Rötung um die Injektionsstelle.

Masing fragt, ob das Marmorek'sche Serum in Sanatorien zur Anwendung kommt.

Ungern spricht sich für die Resorptionsfähigkeit artfremden Eiweisses vom Darm aus.

Feldt (Schlusswort): In einer Anzahl von Fällen hat das Marmorek'sche Serum versagt, doch scheint es sich dann stets um sehr schwere, vorgeschrittene Formen der Tbc. gehandelt zu haben — so z. B. in den von Seleny und Stadelmann publizierten Fällen. Eine Schädigung des Pat. durch das Serum ist F. nicht bekannt, — natürlich ist das vorliegende Material noch zu klein, um ein sicheres Urteil zu fällen.

Bezüglich der chirurgischen Tuberkulose ist Hoffa besonders bei Knochen- und Drüsentuberkulose zu einem günstigen Urteil über das M.'sche Serum gelangt. Ueber Peritonitis tbc. scheinen noch keine Erfahrungen vorzuliegen. Natürlich sind besonders solche Fälle chirurgischer Tuberkulose für die Serumbehandlung geeignet bei denen die übliche Behandlung versagt, z. B. die multiple Drüsentuberkulose.

Was die Serumanwendung in Sanatorien betrifft, so wird es z. B. in Skandinavien gebraucht, wie dem, 156 Fälle umfassenden Berichte von Lewin zu entnehmen ist. Ferner wird es in Leysin und Montans angewandt.

Ferner hat Frey in Davos eine beträchtliche Anzahl von Kranken. — die freilich nicht Sanatoriumspatienten waren, damit behandelt und Besserungen in Fällen erzielt, wo die übliche Therapie versagt hatte. Feldt hat persönlich dort mehrere Kranken gesprochen, die mit grosser Entschiedenheit ihre Besserung auf die Injektionen zurückführten.

Feldt wird seine Beobachtungen fortsetzen und nach einem Intervall von circa ½—1 Jahr über das weitere Schicksal der mit Serum behandelten Fälle im Verein berichten.

785. Sitzung vom 7. März 1906.

Vorsitzender Blessig. Sekretär Moritz.

1. Prof. Petersen demonstriert einen von Prof. Sabolotny mit Syphilis geimpften Pavian und spricht über Prof. Neisser's Syphilisimpfungen an Affen. (Erschienen in Nr. 19, 1906 der St. Pet. med. W.).

Diskussion:

Schiele berichtet über einen von Prof. Lesser geimpften Macacus, den er in Berlin gesehn und bei dem, wie überhaupt bei den nicht anthropoiden Affen, die Lueserscheinungen wenig typisch waren, so hatte die Initialsklerose das Aussehn einer relativ weichen Papel und war die Drüsenschwellung nur regionär. Spirochaeta pallida war nachgewiesen worden. Zu deren Färbung sei eine von italien. Autoren angegebene Silberfärbung geeignet.

Schmidt fragt, ob der Nachweis von Spirochaeta pallida im Blut Luetischer gelungen sei. Dieses wird von Petersen, Prof. Sabolotny (Gast), Schiele und Ucke bejaht. Nur muss man oft lange nach den Spirochaeten suchen. Hoffmann hat seine erste Entdeckung einer Spir. pallida im Blut — als zufälligen Befund — gemacht. Nach Levaditti, der d. Spiroch. mit Silberlösung färbte, sind diese zuweilen in den Blutgefässen, perpendikulär zur Gefässwand zu finden — sie scheinen in letztere einzudringen — zwecks eines Durchtritts.

Petersen: Damit stimmt gut überein, dass sie entschieden die Neigung haben die Gefässe rasch zu verlassen. Möglicherweise steht damit die starke Alteration des Gefässsystems bei Lues in Beziehung.

Heimbürger fragt, ob eine Isolierung der Spiroch. pallida gelungen sei. Petersen nein.

2. Eugen Schmidt: Helminthologisches. (Erscheint in der St. Pet. med. Woch.)

Diskussion:

Westphalen fragt, welches Material, ob Kinder oder Erwachsene, Schmidt bei seinen allgemeinen Ausführungen im Auge gehabt habe. Bei Erwachsenen ist die pathologische Bedeutung vieler Helminthen noch recht unklar. Es seien oft nur sehr allgemeine, mehr nervöse Störungen — ohne präzisierbare Darmstörung. Ausgenommen natürlich die Fälle schwerer Anämie erzeugt durch toxische Substanzen einiger Helminthen.

Der Oxyuris vermic. verursache meist nur starkes Hautjucken, der Trichocephalus dispar wird oft bei ganz gesunden Leuten gefunden. Dieser Wurm scheint allerdings, — aber nur bei sehr reichlichem Auftreten — wie es Boas und Askanazy beschrieben haben, die Ursache schwererer Störungen sein zu können. Askariden beeinflussen meist den Stuhlgang gar nicht. Die Bandwürmer machen meist — falls natürlich keine Toxinwirkung vorliegt — auch nur gewisse nervöse Beschwerden, die nichts Typisches haben.

Bedeutend ernster sind die Symptome, die die Infusorien — Balantidien, Monaden, Megastomen und Amoeben im Darmtraktus hervorrufen können.

E. Koch findet die Zahl der positiven Ergebnisse der Schmidt'schen Tabelle überraschend hoch. Er hat trotz sehr zahlreicher Untersuchungen nicht mehr als bei circa 10 pCt. Helminthen im Stuhl gefunden. Der Trichoc. dispar kann eine schwere Anämie hervorrufen — wie Askanazy und Schulze fanden. Er scheint Schleimhautläsionen hervorzurufen, obschon er keine Saugnäpfe hat. Jedenfalls kann man ihn nicht als harmlos hinstellen.

Schmidt: Die Beschwerden durch Anwesenheit von Helminthen sind doch oft recht ernsthaft. So macht der Oxyuris bei Kindern oft epileptiforme Krämpfe. Ferner geht er oft mit Obstipation einher. Ascariden machen eher Durchfälle, auch chronische Anämieen und nervöse Erscheinungen. Der Trichocephalus ist entschieden pathognomonisch — er bohrt sich in die Schleimhaut ein und saugt Blut. Schmidt hat ihn mehrfach bei Obduktionen aus der Schleimhaut herauspräparieren müssen. Meist findet er sich im Dickdarm, aber auch im unteren Teil des Dünndarm. Der Stuhl ist bei Anwesenheit von Trichoceph. oft ohne Weiteres durch Einlagerung von Blutfäserchen verdächtig. Taenien können bei Kindern auch anämische und nervöse Beschwerden hervorrufen.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1424 Sitzung vom 19. Oktober 1905.

Vor der Tagesordnung stellt Dr. v. Krüdener einen Fall von akuter Vergiftung mit Methylalkohol vor, wodurch eine akute Sehnervendegeneration entstanden ist. Vortragender behält sich vor, auf der nächsten Sitzung ausführlicher das Thema der akuten Sehnervendegeneration nach Intoxikationen zu behandeln.

Punkt I der Tagesordnung:

Dr. Hans Schwartz hält seinen angekündigten Vortrag «Zur Kasuistik der Lyssa»

Wenn auch der betr. Fall keine besonderen Eigentümlichkeiten, die seine Mitteilung veranlassen könnten, aufweise, so hält er bei der Seltenheit solcher Fälle in der Tätigkeit des Praktikers, zumal in der Stadt, die Mitteilung hier für gerechtfertigt.

Der Patient, ein 10-jähriger Hebräerknabe, wurde am 27. September Vormittags zur Aufnahme in das Armitstead'sche Kinderhospital gebracht. Neben einer mässig erhöhten Temperatur fiel an dem Kranken bei recht schwerer Prostration eine starke Unruhe und schwere Beeinträchtigung des Sensoriums mit starken, aufgeregten Delirien auf. Dieser Zustand bestand nach Aussage der den Knaben begleitenden Grossmutter seit ca. 8 Tagen: vor ca. 2 Monaten sei der Knabe von einem Hund «erschreckt» worden. Durch Erkundigung bei dem in den nächsten Tagen eintreffenden Vater konnte festgestellt werden, dass durch den Biss eine kleine Hautabschürfung am Kleinfinger der rechten Hand verursacht worden war, die sofort (höchstens ½ Stunde nach der Verletzung) von einem Arzt kauterisiert worden war. Der Knabe sei sonst die ganze Zeit über wohl gewesen, nur in der letzten Woche vor dem Ausbruch der Krankheitserscheinungen etwas verstimmt erschienen.

Die genaue Untersuchung in der Krankenstation ergab somatisch keinen wesentlichen Befund. Beim Versuch, den Patienten zum Trinken zu veranlassen, traten regelmässig sofort neben Steigerung der allgemeinen Unruhe Krämpfe (ganz unregelmässige, ungeordnete Muskelaktionen) in der Facialis- und Schlingmuskulatur auf, die jede Flüssigkeitsaufnahme unmöglich machen, während sich im Gesicht des Patienten höchste Angst und Aufregung ausprägen. Derselbe Zustand zeigte sich auch, nachdem Patient auf eine Morphininjektion von 0,015 ruhig geworden in anscheinend tiefem Schlafe lag, sofort bei Verbringung einiger Tropfen Wasser auf Lippen und Zunge, worauf nach einigen Minuten Beruhigung eintrat und die Morphinwirkung sich wieder geltend machte.

Am 6. Tage des Spitalaufenthaltes trat unter andauernder Zunahme aller Symptome bei tiefer Bewusstseinsstörung der Exitus letalis ein, nachdem in den 2 letzten Tagen noch ein lautes systolisches Blasen an der Herzspitze aufgetreten war und häufiges Erbrechen, schleimiger Massen, sowie andauernde peristaltische Unruhe des Darmes mit häufigen Secessus invol. beobachtet waren. Die Temperatur war die ganze Beobachtungszeit über gesteigert, von unregelmässigem Typus, zwischen 38° und 39,5° schwankend.

Ueber den Verlauf sei zu bemerken, dass die Dauer desselben in diesem Falle eine verhältnissmässig lange sei: Högyes (Nothnagel's Path.- u. Ther.) gebe als Durchschnittsdauer der spasmodischen Wut 4—6 Tage an, während wir hier einen mindestens 10-tägigen Verlauf sehen. Da der Patient bereits mit voll ausgebildeten Erscheinungen ins Hospital kam, so erschien der Versuch einer spezif. Therapie ganz aussichtslos, zumal auch der Zustand des Patienten einen Transport desselben zu diesem Zweck als unmöglich erscheinen liess. Bei dem anfangs doch noch relativ guten Allgemeinzustande konnte Vortr. sich jedoch nicht dazu entschliessen, alle therapeut. Versuche zu unterlassen und beschloss einen Versuch mit energischer diaphoretischer Behandlung zu machen. Patient erhielt Einpackungen und Pilocarpin 0.0005 subkutan, wodurch reichliche Schweisse hervorgerufen wurden, in Verbindung mit subkutanen Kochsalzinfusionen. Während der ersten 2 Tage schien sich in der Tat eine geringe Besserung zu zeigen, der Patient wurde ruhiger, konnte am 2. Tage etwas Kaffee mit aufgeweichtem Brod, später auch Suppe und Brei schlucken, auch schien die Beeinträchtigung des Sensoriums etwas geringer und konnte Patient sogar einigermassen etwas Wasser zu sich nehmen. Wenn auch bisher kein sicherer Fall von Heilung der einmal ausgebrochenen Lyssa bei Menschen bekannt sei, so führe Högyes doch mehrere Fälle im Budapester Pasteurinstitut experimentell infizierter Hunde an, bei denen trotz manifest gewordener unzweideutiger Erscheinungen der spasmod. Wut Heilung eingetreten sei, und nehme daraufhin Anstand, die Lyssa humana für absolut unheilbar zu erklären. Im Falle des Vortr. war die anscheinende Besserung nur von kurzer Dauer, so dass in den letzten Tagen von einer Fortsetzung der Therapie abgesehen wurde. Die sub finem vitae beobachteten, eigentlich nicht in das Krankheitsbild der Lyssa gehörenden Symptome lassen sich wohl als Teilerscheinungen einer terminalen septischen Infektion auffassen, die bei der Obduktion sich in einer multiplen Bronchopneumonie, Lungenoedem und einigen kleinen Trübungen und Rauhigkeiten des Endokards an der Mitralis manifestierte. Das Inkubationsstadium ca. 2 Monate entspricht der Durchschnittszahl; bezüglich desselben schwanken allerdings die Angaben der Autoren in sehr weiten Grenzen. Högyes referiere über einen Fall von angeblich 25-jähriger Inkubationsdauer. Der an typischer Lyssa gestorbene Pat. war vor diesem Zeitraume von einem wütenden Schweine gebissen worden und liess sich die Bissnarbe deutlich nachweisen. Die Wut des beissenden Tieres war seinerzeit sicher fest-

gestellt worden. Trotzdem sich durch sorgfältigstes Nachforschen in dieser Beziehung nichts ermitteln lässt, hält Högyes doch für wahrscheinlich, dass der Kranke in der Zwischenzeit, vor dem Ausbruch der Wut, erst infiziert worden sei.

(Autoreferat).

Dr. Paul Klemm bemerkt dazu, dass er sich gegenüber den von Dr. Schwartz aus dem Eichhorst'schen Lehrbuch referierten Heilungen von Lyssa sehr skeptisch verhalten müsse, eine Verwechselung mit Tetanus hydrophobicus sei hier wohl möglich; das Bild dieser letzteren Erkrankung sei der Lyssa sehr ähnlich, daher ja auch die Bezeichnung Tetanus hydrophobicus; diese Tetanusfälle können wohl zur Heilung kommen, er selbst hat 3 Heilungen gesehen; kommen solche Fälle über den 7. Tag hinaus, so ist Genesung wahrscheinlich. Der Unterschied zwischen beiden Erkrankungen besteht darin, dass beim Tetanus eine ununterbrochene Starre besteht, unterbrochen durch klonische Zuckungen, während bei der Lyssa die kontinuirliche Starre fehlt, die klonischen Zuckungen jedoch auch hier auftreten. Sind nun die Symptome undeutlich, so kann es leicht zu Verwechselungen kommen.

Dr. Hans Schwartz erwidert, dass er bei näherem Nachforschen in der Literatur sich selbst überzeugt habe, dass die Eichhorst'schen Angaben über Heilungen nicht zuverlässig sind, dass man daher diese Fälle als unrichtige Diagnosen ansehen müsse. Auch bei nervös disponierten Menschen können auf hysterischer Basis ähnliche Krankheitsbilder entstehen, diese Kranken genesen dann natürlich.

Dr. Voss erklärt, dass Lyssa bei uns sehr selten sei; er habe 7 Fälle von Tetanus gesehen, doch keinen von Lyssa. Von Dr. Groth habe er gehört, dass derselbe während seiner Assistenzzeit im Stadt-Krankenhause (ca. vor 20 Jahren) 3 Fälle von Lyssa und keinen Tetanus gesehen habe.

Uebrigens ist auch Dr. Voss der Meinung, dass manche Verwechselungen vorgekommen seien.

Dr. Jansen hat im Krankenhause mehrere Mal Lyssa beobachtet, seine Fälle sind auch alle gestorben, gewöhnlich am 5.—6. Tage nach der Erkrankung.

Auch Dr. Bernsdorff hat in den Jahren 1883—1885 4 Fälle von Lyssa gesehen; stark ausgesprochen waren in einigen Fällen psychische Symptome, in einem Fall war man anfangs sogar zweifelhaft, ob der betreffende Kranke nicht am Ende geisteskrank wäre; auch 2 andere Fälle zeigten starke psychische Symptome; sein 4. Fall betraf eine Frau aus seiner Privatpraxis, auch dieser Fall wurde zuerst als Psychose betrachtet (von Dr. Merklin), am 4. Tage trat jedoch der exitus ein. Von 1884 an hat Dr. Bernsdorff keine Lyssa mehr gesehen.

Dr. H. Schwartz erwähnt, dass die psychischen Symptome auch in seinem Falle im Vordergrunde standen, er glaubte zuerst einen manischen Kranken vor sich zu haben.

Dr. Hampeln hat während seiner langen Krankenhaustätigkeit keinen Fall von Lyssa gesehen; er erwähnt, dass in der Literatur ein Fall mit einer Inkubationsdauer von 3/4 Jahr angeführt werde.

Auch Dr. Berkholz hat vor 3 Jahren einen Fall von Lyssa beobachtet.

Dr. H. Schwartz erwidert Dr. Hampeln, das die Inkubationsdauer von 20—60 Tagen die Regel sei; selten jedoch auch von 7—8, ja auch 14 Monaten.

Punkt 2 der Tagesordnung:

Dr. Wolferz sen. hält seinen angezeigten Vortrag «Ueber Ikterus epidemicus».

M. H. Seit ca. 2 Monaten sind in der Stadt gehäufte Fälle von Ikterus catarrhalis aufgetreten, die sich durch ihren leichten Verlauf anfangs als Ikterus katarrhalis simplex präsentierten, in ihrer Häufung aber und in manchen Abweichungen vom gewöhnlichen katarrh. Ikterus als eine Krankheit sui generis hingestellt zu werden verdienen. — Wenn ich diese Fälle unter dem Namen Ikterus epidemic zusammenfasse, so ist damit nur ein äusseres Merkmal über ihre Zusammengehörigkeit gegeben, über die Aetiologie und Nosologie derselben ist damit noch nichts bestimmtes ausgesagt. In meiner Behandlung habe ich davon 3 Fälle in der Hauspraxis und ein paar in der Ambulanz gehabt, meine Mitteilung über dieselben können sich nur auf die 3 ersten beziehen, die genauer beobachtet worden sind.

1) 14 jähr. Mädchen erkrankte Mitte August mit Temp. von 39,7 ohne Lokalaffekt., das Fieber schwindet in einer Woche, worauf abermals Aufstieg der Temp., allgemeine Schwäche, Abgeschlagenheit, was die Eltern veranlasst mich hinzu zu ziehen.

Subfebrile Temp., 38,0° P. 90—100, belegte Zunge, Obstipation, Uebelkeit, machen eine Diagnose nicht angängig. Nach 2 Tagen Ikterus, darauf Schwellung der Leber, geringe Druckempfindlichkeit, perkutorische Milzvergrösserung, dunkler, gallenfarbstoff-haltiger spärlicher Urin mit Spuren von Eiweiss und Entfärbung der Faeces; In den unteren Partien beider Lungen spärliche Rasselgeräusche. Der Verlauf war ein milder. In 8 tägiger Bettlage, unter Kompressen und Karlsbader Wasser pendelte die Temp. zwischen 37,3—38,0, der Urin wurde schon nach einigen Tagen heller und reichlicher, die Pulsfrequenz blieb aber stetig hoch und fiel erst nachdem die Kranke, wohl noch angegriffen, einige Tage das Bett verlassen hatte. Zu erwähnen ist, dass die 2 Monate ausgebliebenen Menses am 5. Tage der Krankheit sich einstellten und reichlicher als sonst waren.

2) Der 12 jährige Bruder der Patientin erkrankte 2 Wochen nach ihr unter Kopfschmerz, Erbrechen, mit dickbelegter Zunge, und Druckempfindlichkeit in der Lebermagengegend; die Temp. stieg auf 39,0 P. 104. Am folgenden Tage ikterische Färbung der Conjunkt., der Haut und des Urins. Leber vergrössert, Milz nicht palpierbar, aber perkutor. über die vordere Axillar-L. reichend, Leib aufgetrieben, Gefühl grosser Abgeschlagenheit, Faeces im ganzen Verlauf nicht vollständig entfärbt. Die Erkrankung des Patienten veranlasste mich nach den auslösenden Ursachen zu forschen, da es doch nahe lag, an eine gemeinsame Quelle zu denken. Doch weder eine Erkältung, was man so damit bezeichnet, noch ein Diätfehler konnte dafür verantwortlich gemacht werden. Dagegen ergab bald die Untersuchung des Urins ein Resultat, das in sich bietenden neuen Fällen zur Kontrolle aufforderte, um eine Klärung der Zweifel zu erlangen. Der Urin war hochgestellt, enthielt ausser Gallenfarbstoff und Spuren von Eiweiss reichliche Urate. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine reichliche Menge hyaliner und gekörnter Zylinder, viele Erythrocyten und Leukocyten; Elemente einer subakut. Nephritis. Der Verlauf gestaltete sich günstig, nach einer Woche verliess der Kranke das Bett, der Urin war hell geworden, die Pulsfrequenz blieb aber noch zwischen 90—96. Die Erholung ging langsam vor sich und nach einer Woche hat Patient noch nicht sein früheres Volumen erhalten. Eine Untersuchung vor 2 Tagen ergab noch die Gegenwart von hyalinen Zylindern und einzelnen Erythrocyten.

Der 3. Fall betrifft ein 10-jähriges Mädchen. Dasselbe erkrankte Anfang Oktober unter mässigem Fieber mit Kopfschmerzen, allgemeiner Schwäche und Appetitlosigkeit und Obstipation. Am 2. Tage Ikterus, Faeces keinmal entfärbt, P. im ganzen Verlauf 80—100 bei Temp. von 37,5—38.0. Leber und Milz vergrössert, letztere palbabel, Urin 1024 spez. Gew., zeigt Spuren von Eiweiss. Gallenpigment, hyal. und gekörnte Zylinder in reichlicher Menge. Erythrocyten und viele Leukocyten. Das Fieber schwand nach 7 Tagen, die Erholung geht langsam vor sich, das Kind ist abgemagert und sieht noch leidend aus. In den beiden Fällen bestanden also Zeichen einer subakuten Nephritis und erhöhte Pulsfrequenz, die bis in die Rekonvalescenz hinein sich verfolgen liess. Dieser Befund drängt nun die Annahme auf, dass es sich in diesen Fällen nicht um einen einfachen katarrhal. Ikterus handeln könne, hervorgerufen durch Magen-Duodenalkatarrh, mit einem Worte nicht um eine lokale Erkrankung, sondern um eine Allgemeinerkrankung, durch einen Infektionsvorgang, der noch ganz unklar ist.

In der Literatur finden sich Mitteilungen über epidemischen Ikterus, die sich mit der Frage der Aetiologie viel beschäftigen und uns ein Bild davon geben, wie die Aerzte nach Aufklärung in dieser Krankheit suchten. Charakteristisch ist darin, dass der Ikterus epidemicus in geschlossenen Gemeinschaften, in Kasernen, Internaten und als Hausepidemie auftritt. Solche sind beobachtet worden in Essen 1772, in Lüdenscheid 1794, unter 73 Erkrankungen 3 Todesfälle, im Zentralgefängnis in Gaillou 1859, unter 47 Kranken 11 Todesfälle. In diesen Epidemien kamen häufig Blutungen und nervöse Erscheinungen vor. Gefährdet waren besonders Schwangere, die abortierten und Wöchnerinnen. Die Ursachen dieser Epidemien wurden gesucht in a) Erkältungen und Durchnässungen des Körpers, b) in der Kost und im Trinkwasser und c) in spezifischen miasmatischen und infektiösen Ursachen. In Civita vecchia erkrankten 1889 nur die Soldaten, die mit Erdarbeiten beschäftigt waren, ebenso wurden die Erkrankungen in einer Kasernen-Epidemie von Stitzer auf infekt. miasmatische Einflüsse bezogen. Lebert spricht sich direkt für lokalmiasmat. Einflüsse durch Anhäufung von Excrementen aus, ebenso Fröhlich in der Militair-Epidemie in Neu-Breisach 1875, wo die Ausdünstung eines jauchigen Grabens die Erkrankung hervorgerufen hat. — 1883 wurde in Bremen im August eine Epidemie unter den Schiffsarbeitern nach Revaccination erzeugt, unter 1500 Arbeitern erkrankten 191. Impfungen mit anderer Lymphe hatten ein negatives Resultat. Grosse Epidemien sind 1849 in Ungarn und im Amerikanischen Secessionskriege 61/62 gewesen, im letzteren erkrankten 2 pCt. der ganzen Armee 40,000 Mann. Ich erwähne nur kurz die Epidemien, die im vorigen Jahrhundert in Norddeutschland 1882 und Holland, in Frankreich in 3 Dpt. 1842, am Wettersee in Schweden 1858/1859, in Würtemberg 1861 beobachtet

worden sind, ihre Dauer betrug 8—13 Monate. Aus neuester Zeit ist die Königsberger Hausepidemie aus dem Jahre 1889 zu nennen, die von Hennig in der Sammlung Volkmann'scher Vorträge N. F. Nr. 8 ausführlich beschrieben worden ist. Sie betraf Einwohner mehrerer Häuser in mehrern Stockwerken derselben, und wurde teils mit Ausdünstung aus feuchten, schimmeligen Wänden, teils mit dem Genuss des Königsberger Leitungswasser in Zusammenhang gebracht, das aus einem Teiche stammend, zu Zeiten typhusähnliche Bazillen enthält, die nach Baumgarten nur durch Kultur sich von Thyphusbazillen unterscheiden lassen.

Diese Daten machen es zweifellos, dass der epidemische Ikterus eine durch Infektion bedingte Allgemeinerkrankung ist; es fragt sich nun, wie sich der Ikterus katarrh. simpl. zu dieser Form verhält. Ich lasse darüber kurz die Anschauungen einiger Autoren folgen. Botkin schloss aus der Art des Verlaufs der meisten Fälle des Ikterus katarrh. auf die infekt. Natur desselben, Chauffard spricht sich in der Revue de médicine 1885 gleichfalls für eine Allgemeinerkrankung aus, hervorgerufen durch Ptomaine vom Darm aus; Kelsch, Revue de Médicine 1886 vertritt die Anschauung der infektiösen Natur der Krankheit und hält den Ikterus katarrh. für eine abortive Form des Ikterus gravis. Seine Thesen sind:

1) Der sporad. und epidem. Ikter. katarrh. ist eine spezifische Infektionskrankheit.

2) Das infektiöse Agens entwickelt sich ausserhalb des Organismus.

3) Die dasselbe erzeugenden Herde sind Sümpfe, Cloaken, ein an organischen Stoffen vegetabil. und animalischer Natur reicher Boden und Gewässer, die diese Stoffe enthalten.

4) Da diese Infektionsherde dem Ikter. der Malaria und dem Typhus gemeinschaftlich sind, so erklärt sich hieraus leicht das gleichzeitige Vorkommen dieser Krankheiten.

Heitler hat 1887 diese Materie in der Wiener med. Wochenschrift nochmals einer Analyse unterzogen und kam dabei zum Schluss, dass die meisten Fälle von Ikter. katarrh. eine Allgemeinerkrankung darstellen. Die Nephritis komme auch bei den leichten Fällen als Ausdruck der Infektion vor. Heitler hält die Krankheit für eine leichte Form der Weil'schen Krankheit und den Ikter. gravis, sowie den Ikter. typhoides für höhere Intensitätsgrade derselben und schlägt vor, die ganze Gruppe als Ikterus typhoides zur Unterscheidung vom reinen Ikt. katarrh. zu nennen.

Der Verlauf meiner 3 Fälle spricht dafür, sie als geschilderten Infektionsikterus zu bezeichnen. So skizzenhaft ich meine Fälle auch gebracht habe, so habe ich mich nur von dem Wunsche leiten lassen, die Frage hier zur Diskussion zu bringen, da auch die Kollegen über Beobachtungen solcher Fälle verfügen.

(Autoreferat.)

Dr. Hans Schwartz bemerkt dazu, dass auch er in diesem Herbst viele Fälle von Ikterus gesehen, im Kinderkrankenhaus sowohl als auch in der Privatpraxis. Der eine zeigte sozusagen eine familiäre Disposition, indem der ältere Bruder 14 Tage vorher dieselbe Erkrankung gehabt hatte; in allen Fällen konnte er eine leichte Vergrösserung der Leber nachweisen, die Faezes waren heller gefärbt und in ca. 14 Tagen war die Genesung eingetreten; im Harn hat er nicht die Veränderungen wie Dr. Wolferz feststellen können, vielleicht nur eine Cylindrurie als Ausdruck der Infektion. Vor 3 Jahren, als am Ort viel Typhus abd. herrschte, hat er auch mehrfach Fälle von Ikterus katarrhalis gesehen ebenso wie jetzt; damals ist ihm in 2 Fällen freilich auch der Nachweis von Leukozyten und spärlichen Zylindern gelungen. Er kann sich mit der von Dr. Wolferz gewählten Bezeichnung der Krankheit nicht ganz einverstanden erklären, da die Möglichkeit einer Verwechslung mit der Weil'schen Krankheit alsdann vorliegt.

Dr. Bosse hat ebenso wie Dr. Schwartz in einer Familie 3 Fälle von Ikterus gesehen, das eine Kind erkrankte immer 14 Tage später als das andere. Seine Fälle sind leicht verlaufen, er hat kein Eiweiss gefunden. In einer 2. Familie hat er auch 2 Geschwister nach einander erkranken sehen. Das gehäufte Auftreten in diesem Herbst ist auch ihm aufgefallen.

Auch Dr. Buchholz hat in einer Familie 2 Fälle beobachtet. In der Umgebung der Gertrud Kirche hat er 6 Fälle gesehen; im August fiel ihm auf, dass die Erkrankung gewöhnlich mit Erbrechen begann, später nicht mehr, das Erbrechen selbst hörte immer bald auf in den einzelnen Fällen; die Leberschwellung konnte er immer nachweisen; 1 mal bestand Otitis media; ein Kind hatte paroxysmale Haemoglobinurie. In der Literatur ist es auch angegeben, dass während Typhusepidemien oft Ikterus katarrhalis beobachtet wird, so z. B. zur Zeit der Einnahme von Bloemfontein; auch in der deutschen Literatur findet man solche Angaben. Die Pulsfrequenz betrug bei den Kindern 80—100 pr. Minute, bei Erwachsenen 50—60.

Dr. Wolferz wendet Schwartz gegenüber ein, dass eine andere Bezeichnung für diese Erkrankung nicht angezeigt sei, die Erkrankung habe doch den Charakter einer Epidemie, sowohl durch massenhaftes Auftreten, als auch durch ihr gehäuftes Auftreten in einzelnen Häusern. In Darmstadt z. B. trete alle paar Jahre solch eine Epidemie auf. Beim katarrhalischen Ikterus finde sich auch nie Blut, nur hyaline Zylinder. Es ist auch auffallend, dass die Kinder eine so hohe Pulsfrequenz hatten, dies lässt auf einen Infektionsvorgang schliessen, das Fieber war gewöhnlich viel zu gering, um die Pulsfrequenz zu erklären; auch die Rekonvalescenz war sehr langsam.

Dr. Paul Klemm vermisst bei den Rednern Angaben über bazilläre Befunde, genauere Angaben darüber wären sehr wichtig. Da diese Ikterusfälle mit Typhus vorkommen, so müsse eine Infektion des Darmes mit Kolibazillen erwogen werden. Eine Kolimykose im Anschluss an Typhus kommt vor, in Knochenherden hat er selbst 2 Mal die Kolibazillen gefunden, das eine Mal zusammen mit Typhusbazillen, das andere Mal allein. Die Kolibazillen spielten auch bei Erkrankungen der Niere und Blase eine Rolle.

Dr. Hach hat ca. 9 Fälle gesehen, hat sie zuerst mit Karlsbadersalz behandelt, ihm ist der langsame Verlauf aufgefallen; später hat er nach der Sacharjin-Methode das Kalomel angewandt und glaube einen schnelleren Verlauf gesehen zu haben; dann hat er einige Fälle auch mit viel Säuren behandelt, auch diese wurden schnell geheilt.

Dr. Wolferz erwidert, dass auch Henoch das Acid. mur. empfehle, er selbst habe es jedoch nicht verordnet.

Dr. Hans Schwartz fragt, ob besonders viel Kinder erkrankt gewesen seien, oder auch Erwachsene. In der Behandlung hat er allein das Karlsbadersalz angewandt, die Rekonvalescenz trat auch schnell ein, jedoch solle man das natürliche Salz brauchen.

Dr. Bernsdorff antwortet auf die Frage des Dr. Schwartz, dass auch Erwachsene in grosser Zahl erkrankt gewesen seien. Die ersten Fälle schienen ihm schwerer zu verlaufen, als die in den späteren Monaten.

Nach der Erfahrung Dr. Bosses sind viel mehr Kinder als Erwachsene erkrankt gewesen; inbetreff der Behandlung hat er mit gutem Erfolg den von Bendix empfohlene Tartarus natronatus angewandt.

Dr. Salmonowitsch hat unter 10 Fällen 8 Kinder gesehen, nur 2 Erwachsene. Er hat meist Vichy gegeben. Entgegen Dr. Wolferz meint er, dass die hohe Pulsfrequenz bei Kindern nicht für eine Infektion spreche, auch beim gewöhnlichen Ikterus hat er bei Kindern oft eine hohe Pulsfrequenz gesehen.

Dr. Wolferz bittet am Schluss, den Urin in diesen Fällen genau zu untersuchen, um das klinische Bild zu vervollständigen.

p. 3. Dr. Berkholz hält seinen Vortrag: «Ueber Pylorusstenose der Neugeborenen».

Vortragender schildert an der Hand der Literatur und eigener Beobachtungen das klinische Bild obiger Erkrankung. Nach den Sektionsbefunden von Landerer (1879), Mager (1885), und namentlich Hirschsprung (1888) war Finkelstein (1896) der erste, der das klinische Bild fixierte. Seitdem sind ca. 120 Fälle, namentlich aus Deutschland und England publiziert worden. Die neueste und ausführlichste Publikation ist die Monographie von Joseph Ibrahim aus Heidelberg (1905).

Das fest fixierte typische Bild ist kurz folgendes: gleich oder einige Wochen nach der Geburt Auftreten des nicht galligen Erbrechens bei geregelter Nahrungsaufnahme, sofort oder einige Stunden nach jeder Nahrungsaufnahme: scheinbare Obstipation, so dass nur alle 4—5 Tage ein sehr wenig reichlicher dunkelbrauner Stuhl erfolgt; Auftreibung der über dem Nabel gelegenen Partieen des Abdomens und Kollabieren der unter demselben liegenden; beständige noch im Schlaf sichtbare Magenperistaltik; die Wellen ziehen von links nach rechts; Steifung des Magens; in einer Anzahl von Fällen lässt sich in der Gegend des Pylorus ein mindestens Haselnuss grosser Tumor palpieren. — Hyperchloridie resp. Hyperazidität lässt sich nur in wenigen Fällen nachweisen.

Die Therapie besteht in Verabfolgung geringer Nahrungsmengen, 30—40 gr. pro Mahlzeit oder noch weniger (Ibrahim). Heubner, Ibrahim etc. empfehlen stündlich resp. 2-stündliche Nahrungspausen, regelmässige Magenspülungen (Pfaundler), Alkalien (Karlsbader Mühlbrunnen, Kalkwasser, Nat. bicarb.), Opium und Atropin, heisse Kompressen auf den Leib. Führt die interne Therapie zu keinem Erfolge, sondern schreitet die Atrophie des Kindes weiter fort, so muss

zu einer Operation geschritten werden (Gastroenterostomose, Pyloroplastik, Loretasche Operation). Mortalität der operierten Fälle ca. 50 pCt.

Stern tritt für die sofortige Operation in jedem Falle ein; eine Mittelstellung nehmen die meisten Forscher ein, gegen die Operation sprechen sich namentlich Heubner und Pfaundler aus.

Das pathologisch-anatomische Bild ist folgendes: kontrahierter oder dilatierter Magen, Verdickung der Muskulatur des Pylorus namentlich der zirkulären Muskelschicht (bis zu 7 mm.) weniger der Längsmuskulatur. Faltung der Schleimhaut, Verlegung des Lumen des Pylorus, so dass er nur mit Gewalt für eine kleine Sonde passierbar ist; diese Muskelhypertrophie erstreckt sich in den Fällen, die lange bestanden haben, auch auf die Muskulatur des Magens. Serosa intakt. Makroskopisch imponiert der Pylorus als harter starrer Tumor.

Für die Aetiologie des Leidens werden 3 Erklärungen gegeben: I. angeborene Hypertrophie des Pylorus — eine echte Missbildung, II. sekundäre Arbeitshypertrophie auf Grund eines dauernden Spasmus des Pylorus, der intrauterin schon bestanden (Thomson), III. reiner Spasmus des Pylorus, extra uterin entstanden (Pfaundler), der anatomische Befund wird als normaler systolischer Zustand des Magens und Pylorus gedeutet. Der letzteren Erklärung schliessen sich Heubner und Freund an, während die neuesten ausführlichsten Arbeiter — J. Ibrahim etc. sich dagegen aussprechen.

Vortragender berichtet weiter über 2 Fälle eigener Beobachtung, die ausführlich anderweitig publiziert werden sollen (Monatsschrift für Kinderheilkunde).

(Autoreferat).

d. Z. Sekretär: Dr. med. Theodor Schwartz.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Die türkischen Blätter bringen die amtliche Mitteilung, dass Professor Dr. E. v. Bergmann, der berufen worden war, um seine Ansicht über den Zustand der Prinzessin Resia Sultana, einer der Töchter des Sultans, abzugeben, die infolge einer Blinddarmentzündung operiert werden sollte, den Titel eines ersten Honorarprofessors der Kaiserlichen Schule für Medizin und der Kinderklinik «Hamidie» erhalten hat. Sein Assistent Dr. Bier wurde zum zweiten Honorarprofessor ernannt. Beide erhielten ausserdem die goldene Liakat-(Verdienst-) Medaille. Prof. v. Bergmann hat von der Operation, die die türkischen Aerzte für angezeigt hielten, abgeraten. Er soll auch bezüglich der Mutter des Sultans, die an Arteriosklerose leidet, und anderer Personen im Palast um Rat befragt worden sein. An Honorar soll Prof. v. Bergmann, wie die Russ. Telegraphen-Agentur meldet, 5000 türkische Lire erhalten haben.

— Professor Dr. Robert Koch ist vom Deutschen Kaiser zum stimmberechtigten Ritter des Ordens Pour le mérite für Wissenschaften und Künste ernannt worden. Der berühmte Forscher gehört dadurch zu den dreissig Deutschen — mehr gestattet das Ordensstatut nicht —, denen diese Auszeichnung vom preussischen König verliehen wird. Die Ernennung ist nach satzungsgemäss vollzogener Wahl erfolgt. Man geht wohl nicht fehl in der Annahme, dass es gerade die letzten bedeutsamen Forschungen Kochs auf dem Gebiete der Tropenkrankheiten gewesen sind, die dem grossen Bakteriologen diese neue Ehrung gebracht haben.

— Der Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie an der militär-medizinischen Akademie, Dr. Alexei Lebedew, der am 24. März sein 30-jähriges Jubiläum feierte, ist auf weitere 5 Jahre im Dienst belassen worden.

— Der Professor der allgemeinen und experimentellen Pathologie an der militär-medizinischen Akademie, Dr. Peter Albizki, der in nächster Zeit die 25-jährige Dienstfrist im Lehrfach ausgedient hat, ist von der Konferenz der Akademie auf weitere 5 Jahre gewählt worden.

— Der ausserordentliche Professor der Anatomie an der militär-medizinischen Akademie, Dr. Johann Schawlowski, ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

— Der bekannte Tübinger Physiologe Professor Dr. Paul v. Grützner begeht in diesen Tagen sein 25-jähriges Jubiläum als Universitätsprofessor.

— Der Oberarzt des Poltawa'schen Kadettenkorps Dr. B. Medem ist auf eigenes Ersuchen mit Uniform und Pension verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum wirklichen Staatsrat.

— Die Wiener Akademie der Wissenschaften hat die Professoren der Wiener medizinischen Fakultät Dr. E. Zuckerkandl (Anatom) und Dr. E. Ludwig (medizinische Chemie) zu wirklichen Mitgliedern der mathematisch-naturwissenschaftlichen Klasse der Akademie gewählt.

— Am 24. März feierte die medizinische Gesellschaft des Terekgebiets in Wladikawkas das 50-jährige Jubiläum der ärztlichen Tätigkeit dreier ihrer Mitglieder und Gründer, der Doktoren J. Banzleben, N. Jaschin und A. Mentow. Die genannte Gesellschaft veranstaltete, wie dem «R. Wr.» mitgeteilt wird, zu Ehren der drei Jubilare eine Festsitzung und ernannte sie Ehrenmitglieder n. — Wie wir aus dem Verzeichnis der Aerzte Russlands ersehen, ist Dr. Banzleben bereits 78 Jahre alt, während die beiden anderen Jubilare im 75. Lebensjahre stehen.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) In St. Petersburg der Ehrenhofmedikus Dr. Andreas Baikow, Gehülfe des Direktors der Heilanstalt der Herzogin von Sachsen-Koburg-Gotha hierselbst, im 65. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war seit 1868 als Arzt tätig und beschäftigte sich vorzugsweise mit Chirurgie, aber auch mit Geburtshülfe und Gynäkologie. 2) In Warschau der dortige freipraktizierende Arzt Stanislaus Turkewitsch im Alter von 63 Jahren. Die Venia practicandi hatte er i. J. 1872 erlangt. 3) In St. Petersburg Dr. Abraham Kahan im 57. Lebensjahre nach mehr als 30-jähriger ärztlicher Tätigkeit hier am Orte. 4) In Lublin der freipraktizierende Arzt Gustav Dolinski im Alter von nahezu 60 Jahren. Die ärztliche Praxis hat der Verstorbene 35 Jahre in Lublin ausgeübt. 5) Am 1. Juni n. St. zu Breslau der frühere ordentliche Professor der dortigen Universität Dr. Theodor Polleck im 85. Lebensjahr. Er hat lange Jahre der Breslauer Universität als Professor der Chemie, Pharmakologie und Pharmakognosie angehört und war Direktor des pharmazeutischen Instituts. Seit 1902 lebte er im Ruhestande.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Der bekannte Leiter eines bakteriologischen Instituts in Odessa Dr. N. Gamaleja hat sich als Privatdozent für Bakteriologie an der Odessaer Universität habilitiert.

— Der Direktor der psychiatrischen Klinik an der Universität Freiburg i. Br., Prof. Dr. Hoche, hat einen Ruf an die Universität Strassburg als Nachfolger Prof. Fürstners erhalten.

— Der Professor ord. der Pharmakologie an der Universität Bern Dr. Arthur Heffter folgt einer Berufung an die Universität Marburg. Prof. Heffter tritt in Marburg an die Stelle von Prof. Dr. Straub, der als Nachfolger Prof. Kunkels den Lehrstuhl der Pharmakologie in Würzburg übernommen hat.

— Das neuerbaute mit allen Hülfsmitteln der Neuzeit ausgestattete Pathologische Institut der Universität Leipzig, das der Leitung des Prof. Marchand anvertraut ist, wurde vor kurzem feierlichst eingeweiht und seiner Bestimmung übergeben.

— In Peking ist eine Akademie für moderne Medizin mit 38 Schülern, die alle sehr lernbegierig sein sollen, eröffnet worden. Ferner will der neue Taotai (Gouverneur) von Schangai an diesem Orte ein Hospital nebst einer Lehranstalt für angehende Mediziner errichten. Das ist deshalb besonders bemerkenswert, weil es in China ausser den Missionshospitälern fast keine öffentlichen Krankenhäuser gibt.

Standesangelegenheiten.

— Ein Verzeichnis der Aerzte, welche zu Mitgliedern der Reichsduma gewählt sind, hat das Reichsdumamitglied Dr. W. J. Dolshenkow der Redaktion

des «R. Wr.» zugestellt. Nach diesem gehören der Reichsduma als Mitglieder folgende Aerzte an: J. P. Aleksinski (gewählt für das Gouvernement Wladimir); Alex. A. Andrejew (Gouv. Samara); G. J. Bruck (Gouv. Witebsk); W. J. Dolshenkow (Gouv. Kursk); M. A. Kwashkow (Gouv. Smolensk), Nikolai A. Kolpakow (Gouv. Petersburg); S. M. Kornilow (Gouv. Wjatka); J. N. Krylow (Gouv. Samara), Peter P. Krylow (Gouv. Simbirsk); M. F. Kulakow (Gouv. Astrachan); Michael D. Lebedew (Gouv. Smolensk); S. W. Lodykin (Gouv. Wjatka); Br. G. Malewski (Gouv. Ljublin); Alex. St. Maziescha (Gouv. Plozk); S. S. Paderewski (Gouv. Petrikau); M. J. Petrunkewitsch (Gouv. Petersburg); Anton M. Rzand (Gouv. Petrikau); Tscheslaw R. Swertschinski (Gouv. Radom); Anton J. Sinizyn (Gouv. Bessarabien); W. J. Stroganow (Gouv. Jarosslaw); J. S. Garussewitsch (Gouv. Lomsha); S. Gr. Frenkel (Gouv. Kostroma); Jakob A. Frenkel (Gouv. Kiew); Al. P. Chartachai (Dongebiet) — in Summa 24 Aerzte. — Zu diesem Verzeichnis können wir noch 4 Aerzte hinzufügen, welche neuerdings zu Mitgliedern der Reichsduma gewählt wurden. — Es sind die Aerzte A. Aiwasow (Gouv. Tiflis); Gamarteli (Gouv. Kutais); N. F. Nikolajewski (Gouv. Jenissei) und A. J. Makuschin (Gouv. Tomsk). Somit gehören bis jetzt 28 Aerzte der Reichsduma als Mitglieder an.

— In Irkutsk sind am 4. Mai die früheren Militärärzte David Ginsburg -- Schick und W. Swiridow arretiert worden.

— Die Verbannungen von Aerzten, die aus politischen Gründen arretiert waren, dauern noch fort. So ist der Arzt N. M. Romanowski aus der Stadt Pawlowsk (Gouv. Woronesh) nach dreimonatiger Gefängnishaft ins Gouvernement Tomsk verwiesen worden. Ebendorthin sind auch aus dem Gefängnis in Ostrogoshsk der Sanitätsarzt der Gouvernements-Landschaft, sowie 4 Feldschern dieser Landschaft und die Zahnärztin M. Sharkowskaja auf vier Jahre verschickt worden. — Aus Rostow a./Don ist der Schularzt Michael Ladyshenski, der an den Dezember-Unruhen teilgenommen hat und damals verhaftet wurde, in ein entferntes Gouvernement ausgewiesen worden. — Dem Arzt der Woroneshschen Landschaft, der auf 3 Jahre ins Gouv. Wologda verbannt worden war, ist es gestattet worden ins Ausland überzusiedeln.

— Dem hiesigen Arzte Dr. J. J. Trussewitsch ist für die Darbringung seines Werkes «Sammlung von 260 Alphabeten und Mustern der Kyrill-Schrift altrussischer und südslawischer Manuskripte des X.–XVIII Jahrhunderts» der Dank Seiner Majestät des Kaisers ausgedrückt worden.

— Der Magistrat der Stadt Schöneberg (bei Berlin) hat für das neue grosse städtische Krankenhaus, das am 1. Oktober d. J. eröffnet werden soll, einige Bestimmungen getroffen, die bisher dort und in Berlin nicht galten: Die Oberärzte sind berechtigt, konsultative Privatpraxis auszuüben, wobei eine Operation nur in dringenden Fällen ausgeführt werden darf. Die Errichtung einer Privatklinik oder irgend welche Beteiligung an einer solchen ist ihnen verboten. Den verheirateten Oberärzten wird gestattet, ausserhalb des Krankenhauses zu wohnen, wofür sie eine jährliche Entschädigung von 1500 Mark erhalten. Die Assistenzärzte müssen in der Anstalt wohnen und dürfen keine Privatpraxis ausüben.

Verschiedene Mitteilungen.

— Denkmäler von Virchow, Robert Koch und Billroth finden sich, der «Med. Reform» zufolge, zu Lissabon in der «Nouvelle école de médecine». In der von dem Maler Columbono Salgado Malhoa mit grossen Fresken geschmückten Sala dos Actos, der Aula dieses Instituts sind auf dem neuen Hauptbilde dann der Längsseite die alten Meister der Heilkunde Vesalius, Fallopius, Eustachius, Paracelsus u. a. abgebildet, während das zweite Monumentalbild die hervorragendsten Aerzte und Forscher der Neuzeit: Billroth, Pasteur, Lavoisier, Jenner, Rob. Koch und Virchow in ihrer Tätigkeit darstellen.

— Dem Ordinator am städtischen Alexanderhospital in Charkow, Dr. Leib Margulis, ist die Konzession zur Eröffnung einer geburtshülflich-gynäkologischen Heilanstalt erteilt worden.

— Vakanz. Die Stelle eines Sanitäts- und Kirchspielsarztes im Kirchspiel St. Simonis (Estland) wird im September d. J. frei. Reflektanten belieben sich zu wenden an Baron Stackelberg in Mohrenhof per Rakke (an der baltischen Bahn).

— Verbreitung der Tuberkulose in den Schulen Odessas. Vom Arzt der Heilstätte für Lungenkranke Dr. Perkel wurden vor kurzem in Odessa jene Schüler, welche in die Kolonien für Lungenkranke aufgenommen zu werden wünschen, einer vorläufigen Untersuchung unterzogen. Es waren 418 Schüler erschienen, von denen 300 als tuberkulös befunden wurden. Bei 10 von ihnen ist die Krankheit bereits so weit fortgeschritten, dass sie nicht mehr in die Kolonien aufgenommen werden können. Unter den Erschienenen wurden ausserdem 21 Augenkranke und 10 an ansteckenden Hautkrankheiten leidende Schüler konstatiert.

— Medizinisches Personal und Verwundete des japanischen Heeres im letzten Kriege. Nach den Angaben die der Generalleutnant Koiko in der Jahresversammlung der medizinischen Gesellschaft zu Tokio gemacht hat, wurden von dem ganzen medizinischen Stabe Japans im letzten Kriege 632,690 Verwundete und Kranke behandelt, darunter 77,805 Russen und 97,850 in Japan Erkrankte. Die Gesammtziffer der Japaner beläuft sich also auf 554,885, von denen 220,812 Verwundete, 236,223 Kranke waren. Von ersteren starben 47,387, von letzteren 27,158. Zur Pflege und Behandlung wurden 10,175 Aerzte und Pfleger verwendet, von denen 4517 der Armee, 5470 dem Roten Kreuz angehörten und 188 Assistenten waren.

— Immunisierung gegen Tuberkulose. Aus Paris kommt die Nachricht, dass der Leiter des Pasteurschen Instituts in Lille, Professor Calmette, in der französischen Akademie der Wissenschaften die Mitteilung gemacht habe, dass es ihm und seinem Mitarbeiter Guerard gelungen sei, junge Kälber gegen Tuberkulose immun zu machen, indem er ihrer Milchnahrung ein kleines Quantum Tuberkelbazillen zugesetzt habe. Prof. Calmette hält es für möglich, dass auch Kinder auf diese Weise gegen Tuberkulose immunisiert werden könnten!

Bf.

— Komitee zur Veranstaltung ärztlicher Studienreisen. Die diesjährige Studienreise hat den Besuch der badischen und württembergischen Kurorte und Lungenheilstätten etc. in Aussicht genommen. Die Reise soll am 4. September in Heidelberg beginnen und am 15. September in Stuttgart, dem Sitze der diesjährigen Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, einen Tag vor Beginn derselben enden.

Besucht werden voraussichtlich folgende Kurorte: Wildbad, Teinach, Schömberg, Liebenzell, Freudenstadt, Rippoldsau, Griesbach, Peterstal, Badenweiler, Wehrawald, Todtmoos, St. Blasien, Konstanz, Triberg, Baden-Baden.

— Die durch den im Februar d. J. erfolgten Tod des Herrn Hofrat Gilbert erledigte Stelle eines Generalsekretärs ist von Herrn Dr. A. Oliven, Berlin, Lützowstrasse 89/90, und die Stelle des Schriftführers von Herrn Oberstabsarzt Dr. D. Bassenge, Berlin-Grunewald, übernommen worden.

— Das Bureau des Komitees zur Veranstaltung ärztlicher Studienreisen befindet sich von jetzt ab im Kaiserin Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen, Berlin N. W. 6, Luisenplatz 2–4., wohin alle Zuschriften unter Adresse «Komitee für ärztliche Studienreisen» zu richten sind.

Die Zahl der Teilnehmer an der diesjährigen Studienreise soll die Zahl 200 nicht überschreiten, und ist aus diesem Grunde eine möglichst baldige Anmeldung geboten. Das definitive Programm sowie Näheres über Kostenpunkt etc. kann erst Mitte Juni bekannt gegeben werden.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 13. Mai d. J. 10627 (155 wen. als in der Vorwoche), darunter 924 Typhus — (35 mehr), 988 Syphilis — (73 wen.), 382 Scharlach — (13 wen.), 161 Diphtherie — (14 mehr), 120 Masern — (4 mehr), und 24 Pockenkranke — (3 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 7. bis zum 13. Mai d. J. im ganzen 1019 (577 M., 442 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 1, Typhus abdom. 39, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 6, Masern 42, Scharlach 44, Diphtherie 19, Croup 0, Keuchhusten 1, Croupöse Lungenentzündung 48, Erysipelas 9, Grippe 8, Katarrhalische Lungenentzündung 119, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 19, Tuberkulose der Lungen 79, Tuberkulose anderer Organe 21, Alkoholismus und Dilirium tre-

mens. 15. Lebensschwäche und Atrophia infantum 59, Marasmus senilis 25, Krankheiten des Verdauungskanals 183, Totgeborene 46.

Am 20. Mai d. J. betrug die Zahl der Kranken 10551 (24 wen. als in der Vorwoche.), darunter 907 Typhus — (17 wen.), 983 Syphilis — (5 wen.), 360 Scharlach — (22 wen.), 174 Diphtherie — (13 mehr), 130 Masern — (10 mehr) und 26 Pockenkranke (2 mehr als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 14. bis zum 20. Mai d. J. im ganzen 890 (501 M., 389 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 28, Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 39, Scharlach 25, Diphtherie 32, Croup 0, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 36, Erysipelas 5, Grippe 3, Katarrhalische Lungenentzündung 124, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 81, Tuberculose anderer Organe 27, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 64, Marasmus senilis 23, Krankheiten der Verdauungsorgane 152, Totgeborene 48.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3malgespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **R. Wanach** in St. Petersb., Petb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 23 St. Petersburg, den 10. (23.) Juni. **1906.**

Beiträge zur Röntgenbehandlung bei Leukämie [1]).

(Aus der II. therapeutischen Abteilung des Stadtkrankenhauses zu Riga).

Von

Dr. Gustav Kieseritzky.

Die Röntgenbehandlung der Leukämie gehört zu den jüngsten therapeutischen Errungenschaften.

Im Anfange des Jahres 1903 gelang es dem Amerikaner Senn bei einem Falle von gemischtzelliger Leukämie durch Röntgenbeobachtung angeblich Heilung zu erzielen. Die unmittelbar darauf folgende Zeit brachte jedoch nur sehr wenig Mitteilungen über diese Behandlungsmethode. Erst nach der Veröffentlichung der experimentellen Arbeiten Heinicke's, die der Röntgentherapie der Leukämie eine wissenschaftliche Basis schufen, begannen sowohl in der deutschen, wie in der fremdländischen Literatur Arbeiten zu erscheinen, die über die günstige Beeinflussung der Leukämie durch Röntgenstrahlen berichteten. Gegenwärtig hat die Literatur über diesen Gegenstand bereits einen stattlichen Umfang erreicht. Nun hat sich allerdings in der Folgezeit die den Röntgenstrahlen zugeschriebene heilende Wirkung auf die Leukämie nicht bestätigen lassen. Immerhin hat man auf diesem Wege so auffallende, wenn auch zuweilen nur vorübergehend zu erzielende, Besserungen erreicht, dass man der bisherigen Machtlosigkeit der Therapie der Leukämie und Pseudoleukämie gegenüber die Behandlung dieser Krankheiten mit Röntgenstrahlen als die in erster Linie in Betracht kommende anzusehen hat.

Bevor ich einen kurzen Ueberblick über die in der Literatur niedergelegten Resultate gebe, will ich über meine Erfahrungen berichten, die sich auf fünf Fälle von gemischtzelliger Leukämie und einen Fall von lymphoider Leukämie erstrecken.

[1]) Nach einem in der Gesellschaft prakt. Aerzte zu Riga am 7. Dezember 1905 gehaltenen Vortrage.

1. Fall. A. N., Müller aus dem Mohilewschen Gouvernement 49 Jahre alt. Lymphoide Leukämie. Krankenhausaufenthalt vom 28. Oktober bis 19. Dezember 1904.

Anamnese: Als Kind Masern und Scharlach mit Nephritis gehabt, als junger Mensch an Gonorrhoe und Ulcus (durum?) gelitten; keine spezifische Behandlung durchgemacht.

Erste Frau des Patienten an Lungentuberkulose gestorben. Patient hustet seit einigen Jahren. Seit 3 Jahren besteht Schwäche und Mattigkeitsgefühl. Im Juli 1903 begannen die Drüsen am Halse, in den Axelhöhlen und den Inguinalgegenden zu schwellen, nahmen dann nach Arseninjektionen und innerlichem Gebrauch von Jodkalium etwas an Grösse ab. Seit einem Jahr besteht zunehmende Auftreibung des Leibes und Gefühl der Völle im Epigastrium, seit einem halben Jahr vermehrtes Durstgefühl und nächtliche Schweisse. Seit derselben Zeit fiebert Patient zeitweilig. Der Appetit ist mässig gut, der Stuhlgang normal. Seit Beginn der Krankheit ist das Körpergewicht um ca. 8 kg. gesunken.

Status präsens: Patient ist mittelgross und von reduziertem Ernährungszustand. Urin: spezifisches Gewicht — 1025, etwas Albumin, kein Zucker. Ein Sediment nicht zu erhalten.

Augenhintergrund normal. Das Körpergewicht beträgt 66,8 kg. Die Temperatur ist normal. Puls von normaler Beschaffenheit. Das rechte Stimmband ist gerötet und uneben verdickt. Die Beweglichkeit der Larynxhälften ist eine gleiche. Beträchtliche Druckempfindlichkeit der unteren Hälfte des Sternum. Mässig starke Vergrösserung der Hals-, Axillar- und Inguinaldrüsen. Die Halsdrüsen — links grösser, als rechts — sind von etwa Haselnussgrösse, beträchtlich grösser sind die Axillardrüsen und noch grösser die Inguinaldrüsen, die beiderseits je zwei lang gestreckte Packete bilden. Ueber den Lungenspitzen besteht ausgesprochene Schallverkürzung mit abgeschwächtem, z. T. unbestimmtem Atmungsgeräusch und spärlichem feuchtem Rasseln. Der Herzbefund ist normal. Der obere Leberrand liegt an der 6. Rippe, der untere in Nabelhöhe. Die Milzdämpfung beginnt an der 9. Rippe, der vordere Rand überschreitet um 3—4 ctm. die linke Mamillarlinie, der untere um $5^1/_2$ ctm. die Nabelhorizontale. Die Blutuntersuchung ergiebt 4287000 Erythrozyten, 357000 Leukozyten und einen Hb-gehalt (nach Sahli) von 76 pCt. Es besteht eine starke Vermehrung der Lymphozyten und zwar vorzugsweise der kleinen Formen (89,4 pCt.). Der Prozentsatz der mittelgrossen Formen beträgt 7,2. Die polymorphkernigen, neutrophilen Zellen sind an Zahl stark vermindert (3,4 pCt.). An den Erythrozyten sind in keiner Hinsicht Veränderungen nachweisbar. Normoblasten sind nicht vorhanden.

Am 29. Oktober begann die Röntgenbehandlung, indem die langen Röhrenknochen, das Brustbein, sowie die Milz und Leber abwechselnd mittels harter Röhre bestrahlt wurden.

Die Knochen wurden 1—2 Minuten, die beiden Organe 5—8 Minuten bei einem Abstande von 20—30 ctm. belichtet.

Am 16. November — es hatten bis dahin 15 Sitzungen stattgefunden — liess sich eine geringe Verkleinerung der Milz feststellen: der vordere Rand überschritt jetzt nur um 2½ ctm. die linke Mamillarlinie, der untere um 3½ ctm. die Nabelhorizontale. Die Zahl der weissen Zellen betrug 265000. Die unbestrahlt gebliebenen Drüsen waren nicht kleiner geworden.

Bis zum 28. November verkleinerte sich die Milz noch weiter. der vordere Milzpol war in der Mamillarlinie, der untere in Nabelhöhe zu fühlen. Die Druckempfindlichkeit des Sternum ist bedeutend geringer geworden. Die Blutuntersuchung ergab ein geringes Ansteigen der Zahl der Erythrozyten von 4287000 auf 4406000. Der Hb-gehalt war aber etwas gesunken, er betrug 70 pCt. Die Zahl der weissen Zellen war auf 154000 heruntergegangen.

Seit einer Woche klagte Patient über Schmerzen im Halse und in der Nase; während die Rachenschleimhaut nur leicht gerötet. sonst aber intakt erschien waren auf der Uvula, sowie auf der Schleimhaut der Nase kleine Substanzverluste sichtbar, die von fachmännischer Seite als luetische Geschwüre bezeichnet wurden. Die Anwendung einer Quecksilbersalbe nach vorhergegangener Beizung mit einer Höllensteinlösung brachte die Geschwüre vollständig zur Heilung. Das Befinden des Patienten war — abgesehen von geringem Husten und Nachtschweissen — bisher ein relativ gutes gewesen. Die Temperatur war die ganze Zeit über normal.

Bis zum 7. Dezember wurden noch 6 Sitzungen vorgenommen, wobei auch die Drüsen belichtet wurden. Am 7. Dezember wurden die Sitzungen abgebrochen, nachdem im ganzen 34 stattgefunden hatten, da sich im Laufe der letzten Tage eine leichte Röntgendermatitis eingestellt hatte, der Husten stärker geworden war und auch abendliche Temperatursteigerungen — fast stets unter 38° — aufgetreten waren. Die Dermatitis, die in der Milzgegend, in der linken Axelhöhle und an der linken Halsseite lokalisiert war, ging im Laufe der nächsten Zeit schnell zurück und verursachte ausser Juckreiz keine Beschwerden. Im Auswurf wurden — wie stets bisher — Tuberkelbazillen nicht gefunden, wohl aber wurde bakteriologisch von Dr. Prätorius der Bazillus influenzae nachgewiesen. Die Zahl der Erythrozyten betrug zu dieser Zeit 4973000, die Zahl der Leukozyten 81000. Das Deckglastrockenpräparat zeigte dementsprechend die letzteren an Zahl gegen früher verringert. Das Prozentverhältniss der einzelnen Zellarten war aber fast ganz dasselbe geblieben (kleine Lymphozyten — 87 pCt., grosse Lymphozyten — 9 pCt. polym. neutroph. Zellen — 4 pCt.). Während bei der gemischtzelligen Leukämie im Laufe der Röntgenbehandlung die pathologischen Zellformen allmählich prozentualiter abnehmen und die normalen Typen mehr in den Vordergrund treten, pflegt bei der lymphoiden Leukämie im Prozentverhältniss der einzelnen Arten keine resp. nur eine geringe Veränderung stattzufinden.

11. Dezember. Im Laufe der letzten Woche war eine sehr deutliche Verkleinerung der Axillar- und Inguinaldrüsen eingetreten, während die Milz seit dem 28. November an Umfang weiter nicht angenommen hatte.

17. Dezember. Das Befinden des Patienten hatte sich in der letzten Zeit etwas gebessert, der Husten hatte nachgelassen, der Appetit war besser geworden. Die abendlichen Temperatursteigerungen zwischen 37° und 38° bestanden jedoch noch immer.

Kurze Zeit vor dem Austritt des Patienten aus dem Krankenhause wurden denn auch nach längeren Suchen im Auswurf Tuberkelbazillen gefunden. Die letzte Blutuntersuchung ergab 4862000 Erythrozyten gegen 4287000 am Anfange der Behandlung und 35400 Leukozyten gegen 357000.

Ich habe nachträglich von dem Pat. nur eine Nachricht erhalten, aus der hervorging, dass er sich wohl fühle: der Appetit sei gut und das Fieber sei geschwunden. Weiterhin habe ich leider nichts von ihm gehört.

Der Erfolg ist in diesem Falle ein nur mässiger gewesen: wohl ist die Zahl der Leukozyten bedeutend herabgegangen und die Drüsen, weniger die Milz, haben sich verkleinert, eine wesentliche Besserung des Allgemeinbefindens ist dagegen nicht eingetreten. Der Grund hierfür wird wohl — z. T. jedenfalls — in der schon seit Jahren bestehenden Lungentuberkulose gesehen werden müssen. Für die relativ geringe Abnahme des Milztumors dürfte die beschränkte Zahl von Röntgensitzungen die Ursache gewesen sein.

II. Fall. R. B., Kellnersfrau aus Riga. 34 J. alt.
Gemischtzellige Leukämie und Krankenhausaufenthalt vom 19. Januar—3. Februar 1905. Darauf ambulatorische Behandlung.

Anamnese: Patientin hat sechs mal geboren und vier mal abortiert. Sie ist einer Perimetritis wegen noch in letzter Zeit behandelt worden. Infektionskrankheiten hat sie nicht durchgemacht. Vor 9 Jahren wurde der Patientin ein Bandwurm abgetrieben. Im Juni 1904 bemerkte sie eine Geschwulst in der linken Oberbauchgegend. Ob dieselbe seitdem grösser geworden ist, vermag sie nicht anzugeben. Seitdem bestehen Schmerzen und Stiche daselbst, sowie in der Kreuzgegend und unterhalb des linken Skapularwinkels. Nachtschweisse und mässige Abmagerung sind in der letzten Zeit bemerkt worden. Patientin hat in den letzten Wochen Arsen-Eisenpillen gebraucht.

Status präsens: Pat. ist von grazilem Körperbau und wenig reduziertem Ernährungszustand. Im Urin weder Eiweiss; noch Zucker vorhanden. Das Körpergewicht beträgt 63,3 kg., die Temperatur ist normal. Keine Retinitis. Die untere Hälfte des Brustbeines und die Kanten der Tibien sind ein wenig druckempfindlich. Die Drüsen sind nicht vergrössert.

Der Lungen- und Herzbefund ist normal. Die Leber ist nicht vergrössert. Die Milzdämpfung beginnt an der 9. Rippe, überschreitet nach unten die Nabelhorizontale um 3½ Zentimeter. Der vordere Milzrand liegt 3—4 Zentimeter diesseits der Linea mediana. Die Blutuntersuchung ergiebt: 4050000 Erythrozyten, 193000 Leukozyten, einen Hb-gehalt von 67 pCt. (n/Sahli). Das Blutbild entspricht dem der gemischtzelligen Leukämie. Die Färbbarkeit der roten Zellen ist meist eine gute, Gestaltsveränderungen sind nicht vorhanden. Normoblasten sind in mässig reichlicher Anzahl sichtbar. Die Röntgenbehandlung begann am 20. Januar 1905 und wurde bis Ende November 1905 fortgeführt, wobei natürlich nach einer Reihe von Sitzungen Unterbrechungen in der Behandlung stattfanden. Bestrahlt wurden bei der Patientin ausser der Milz und dem Brustbein auch die langen Röhrenknochen; nur im Sommer wurde eine Zeit hindurch ausschliesslich die Milz bestrahlt.

26. Januar. Bisher keine Aenderung im subjektiven und objektiven Zustande der Patientin. Nach den ersten Röntgensitzungen war ein geringes Schwindel- und Uebelkeitsgefühl aufgetreten, das sich späterhin nicht mehr einstellte. Appetit mässig. Zahl der Leukozyten nach der 7. Sitzung 170200.

Vom 5. Februar ab ambulatorische Behandlung.

6 Februar. Die Rücken- und Leibschmerzen pflegen in der Ruhe nur sehr gering zu sein, bei Bewegungen und bei längerem Stehen dagegen stärker zu werden, Zahl der Erythrozyten nach der 16. Röntgensitzung 4152000, der Leukozyten 128000, Hb-gehalt = 70 pCt.

20. Februar. Die Druckempfindlichkeit des Sternum hat seit ca. 1 Woche beträchtlich nachgelassen. Die Transpiration hat abgenommen, der Appetit ist besser geworden. Der Milztumor zeigt keine Grössenabnahme. Blutbefund: Erythrozyten 4448000, Leukozyten 117000, Hb-gehalt 81 pCt.

Nach der 28. Sitzung trat auch in diesem Falle eine Dermatitis auf, die jedoch ausser geringem Juckreiz keine Beschwerden hervorrief und im Verlaufe von 2½ Wochen vollständig zur Heilung kam. Der Juckreiz bestand allerdings noch einige Zeit darüber hinaus.

Am 14. März wurde die Röntgentherapie wieder aufgenommen. Um das abermalige Entstehen einer Dermatitis zu vermeiden, wurde die Haut in der Milzgegend während jeder Röntgensitzung mit zwei Staniolblättern bedeckt. Dieselben sollten nach dem von Perthes gemachten Vorschlage den Zweck haben, die weichen, die Haut besonders schädigenden Strahlen der Röntgenröhre abzufiltrieren. Wenn auch die Erfahrung lehrt, dass durch diese Schutzmassregel das Auftreten einer Dermatitis nicht gänzlich unterdrückt werden kann, so scheint letztere doch — falls zum Ausbruch gekommen — relativ leicht und schneller zu verlaufen, als ohne den Staniolschutz.

Erst am 10. April nach 40 Sitzungen — konnte ich eine deutliche Verkleinerung der Milz gegen früher konstatieren und zwar in ihrem Breitendurchmesser um 4, in ihrem Höhendurchmesser um 2 ctm.; trotzdem bildete die Milz immer noch einen grossen und derb sich anfühlenden Tumor. Das Allgemeinbefinden hatte sich seit Mitte März beträchtlich gebessert. Die Zahl der roten Blutkörperchen war annähernd normal geworden, der Hb-gehalt betrug 83 pCt., die Zahl der Leukozyten 90300. Die pathologischen Zellformen waren im Blute noch immer sehr zahlreich vertreten, eine relative Abnahme derselben war bisher nicht nachweisbar. Von Mitte April an nahm dann die Milz im Laufe des Mai und Juni weiter langsam an Umfang ab. Das Befinden der Patientin war ein gutes, doch bestanden die Schmerzen unterhalb des linken Skapularwinkels und in der Milzgegend fort. Leichte häusliche Arbeiten konnte Patientin gut verrichten, schwerere und mit körperlichen Anstrengungen verbundene musste sie aber ver-

meiden, da dann die Schmerzen stets zunahmen. Vom 10. April bis zum 8. Juli war Patientin noch 31 Röntgensitzungen unterworfen worden, so dass sie im ganzen bisher 71 Sitzungen durchgemacht hatte, die sich auf 1565 Minuten verteilten. Die Milz hatte sich im Laufe der letzten Monate sehr bedeutend verkleinert, indem der vordere Milzrand, der anfänglich fast die Medianlinie erreichte, perkutorisch zwischen Mamillar- und vorderer Axillarlinie nachweisbar war, während der untere Rand, der ursprünglich $3^1/_2$ ctm. unterhalb der Nabelhorizontalen lag, nur während der Inspiration deutlich palpabel war.

Die Zahl der Erythrozyten betrug am 15. Juli 4862000, die der Leukozyten 48600, der Hb-gehalt 83 pCt.

Die Abnahme der Leukozyten trat jetzt im Deckglastrockenpräparate sehr deutlich hervor und betraf ganz besonders die atypischen Zellformen, in erster Linie die Myelozyten. — Das subjektive Befinden der Patientin war in der allerletzten Zeit kein gutes gewesen: ausser Kopfschmerzen und Schwindelgefühl, waren Appetitlosigkeit, Uebelkeit und häufiges Erbrechen aufgetreten. Auf direktes Befragen gab Patientin erst jetzt an, dass die Menses die beiden letzten Male ausgeblieben wären, während sie vordem sich stets zur richtigen Zeit eingestellt hätten. Der hinzugezogene Frauenarzt stellte denn auch das Bestehen einer Gravidität fest und glaubte die aufgetretenen Beschwerden durchaus auf letztere beziehen zu können. Da Patientin seit dem letzten Wochenbett eine Verschlimmerung ihres Leidens bemerkt hatte, das Kind auch ein schwächliches und kränkliches war — es starb an den Erscheinungen eines Magen-Darmkatarrhes im Hochsommer 1905 — wurde die Unterbrechung der Schwangerschaft beschlossen und die Ausräumung am 20. Juli vorgenommen. Dieselbe ging nach Mitteilung des Kollegen «schnell und gut von statten, wobei der Blutverlust ein minimaler war». Patientin fühlte sich abgesehen von geringen Schmerzen in der linken Unterbauchgegend nach Ueberstehen dieses Eingriffes ganz wohl, sah nur etwas blass aus. Die Blutuntersuchung am 25. Juli ergab jedoch fast genau dasselbe Resultat, wie am 15. Juli, nämlich 4906000 Erythrozyten, 44700 Leukozyten, 84 pCt. Hb-gehalt. Der Milztumor war weder grösser, noch kleiner geworden. Die nächsten Wochen hielt Patientin sich am Rigaschen Strande auf.

Die Röntgenbehandlung, die am 9. Juli abgebrochen worden war, wurde erst am 16. August aufgenommen, beschränkte sich jedoch, da Patientin nicht häufiger zur Stadt kommen konnte, auf nur 4 Sitzungen bis zum 9. September. Sie hatte sich die letzte Zeit hindurch recht wohl gefühlt. Ihre Schmerzen im Rücken hatten sie allerdings nicht verlassen. Während ich aber noch Ende August feststellen konnte, dass eine Vergrösserung resp. Verkleinerung des Milztumors seit Mitte Juli nicht stattgefunden hatte, musste ich am 9. September eine — wenn auch geringe — Vergrösserung dieses Organes konstatieren. Die Milz war deutlicher palpabel, als das letzte Mal, was auch von der Patientin selbst bemerkt worden war. Dass ein Rezidiv, wohl hervorgerufen durch die längere Unterbrechung der Behandlung — im Anzuge war, bewies auch das Steigen der Zahl der Leukozyten, die jetzt 75700 gegen 44700 bei der zuletzt vorgenommenen Zählung betrug. Patientin wurde von nun ab wieder dreimal wöchentlich der Röntgenbehandlung unterworfen, wobei ausser der Milz auch die Knochen belichtet wurden. Eine Einwirkung auf die Milz liess sich aber sobald nicht feststellen; die Zahl der Leukozyten ging anfänglich noch weiter in die Höhe, so betrug sie am 24. September 111000. Im Oktober begann ihre Zahl jedoch wieder zu sinken: am 12. Oktober wurden noch 79000, am 29 Oktober nur 32000 gefunden. Im November wurde die Milz wieder kleiner und war am Ende desselben Monates auf den im Juli erlangten Umfang zurückgebracht worden. Die Leukozytenzahl war am 25. November auf die niedrigste, bisher erreichte Zahl von 23200 gesunken.

Der Hb-gehalt betrug 87 pCt., die Zahl der Erythrozyten war normal. Im Deckglastrockenpräparat sind Normoblasten nicht sichtbar, ebenso fehlen die einkernigen eosinophilen Zellen. Die Myelozyten sind leicht auffindbar, werden aber von den polymorphkernigen Zellen an Zahl bedeutend übertroffen. — Das Befinden der Patientin war in den letzten Monaten ein ungestört gutes gewesen. Auch die Rückenschmerzen hatten sie weniger als sonst belästigt. Das Körpergewicht hatte sich seit Anfang des Jahres um 5 kg. gehoben.

Das Resultat der Röntgenbehandlung ist in diesem Falle wohl als ein gutes zu bezeichnen. Von den früher bestehenden Beschwerden sind nur noch die Schmerzen nachgeblieben. Die Milz hat sich sehr verkleinert und die Blutzusammensetzung bedeutend gebessert. Von einer Heilung kann selbstverständlich nicht die Rede sein, wohl aber von einer sehr beträchtlichen Besserung.

III. Fall. R. K., Landwirt aus Kurland. 39 J. alt. Gemischtzellige Leukämie. Krankenhausaufenthalt vom 11. Mai —18. Mai 1905. Darnach ambulatorische Behandlung.

Anamnese: Patient ist bis zum November 1904 stets gesund gewesen, hat sich jedenfalls bis dahin immer gesund gefühlt. Seitdem besteht Schwäche und Mattigkeitsgefühl. Im Februar 1905 bemerkte er selbst zum ersten Mal den Milztumor. Seit dem Februar 1905 leidet er an zeitweilig recht heftigen Schmerzen in der Milzgegend, die ihn Nachts nicht schlafen lassen. Seit einigen Monaten bestehen Unterschenkelödeme. Patient ist in letzter Zeit blass geworden und hat abgenommen, fühlt sich arbeitsunfähig.

Status präsens: Patient ist von ausnehmend kräftigem Knochenbau und mittlerem Ernährungszustand. Körpergewicht 83,6 kg. Urin von normaler Beschaffenheit. Augenhintergrund normal. Gesichtsfarbe bräunlich-blass. Schleimhäute blass. Halsdrüsen unbedeutend vergrössert, die übrigen Drüsen nicht vergrössert. Geringes Unterschenkelödem. Puls ein wenig gespannt. Radialarterie etwas verdickt sich anfühlend. Abendliche Temperatursteigerungen zwischen 37 und 38°. Geringe Druckempfindlichkeit der unteren Sternalhälfte. — Lungen- und Herzbefund normal. Das Abdomen erscheint vorgewölbt, ganz besonders das linke Hypochondrium. Die Milzdämpfung beginnt an der VII. Rippe, überschreitet nach vorne die Linea mediana um 2 ctm., nach unten zu um $3^1/_2$ ctm. die Nabelhorizontale. Die Höhe der Milz in der Mamillarlinie beträgt 21 ctm. Der untere Leberrand liegt in der Mamillarlinie 4 ctm. unterhalb des Rippenbogens, ist undeutlich palpabel. Der Blutbefund am 13. Mai war folgender:

2.431,000 Erythrozyten, 517,000 Leukozyten, 44 pCt. Hb-gehalt. Die Färbbarkeit der roten Blutkörperchen ist eine mässig gute, Gestaltsveränderungen sind nicht vorhanden, Normoblasten sehr reichlich vertreten. Die polymorphkernigen neutrophilen Zellen sind relativ stark vermindert, sehr reichlich sind Myelozyten, einkernige eosinophile Zellen, grosse mononukleäre Zellen und Uebergangsformen vorhanden.

Die Röntgenbehandlung, die in diesem Falle zum allergrössten Teil von Dr. Sengbusch in seinem Röntgeninstitute ausgeführt wurde, begann am 14. Mai. Die Röhrenknochen wurden nur in den ersten 5 Sitzungen bestrahlt, in den übrigen Sitzungen — es haben bis Mitte November 63 stattgefunden — ist ausschliesslich die Milz röntgenisiert worden. Die Sitzungen fanden meist täglich statt, wobei Patient jedesmal nie länger als 7—14 Tage hintereinander bestrahlt wurde. Die darauf folgende behandlungsfreie Zeit verbrachte Patient auf seinem Gute. Obgleich der körperliche Zustand des Patienten im Anfange kein guter war, hat er doch die Fahrten und die damit verbundenen Austrengungen in dieser Zeit gut überstanden.

Bis zum 22. Juni hatten 17 Röntgensitzungen stattgefunden. Patient fühlte sich wohler und kräftiger, als anfänglich. Die Schmerzen hatten bedeutend nachgelassen, das Oedem an den Unterschenkeln war, ohne dass eine arzneiliche Behandlung stattgefunden hatte, fast ganz geschwunden. Die abendlichen Temperatursteigerungen waren ausgeblieben und haben sich auch weiterhin nicht wiederholt. Eine Einwirkung der Röntgentherapie auf den Milztumor war bisher nicht festzustellen gewesen, wohl aber war eine Aenderung in der Blutzusammensetzung eingetreten. Die Zahl der Erythrozyten war auf 2.866,000 gestiegen und der Hb-gehalt auf 50 pCt. Die Zahl der Leukozyten war auf 346,000 gesunken. Am 8. Juli nach der 33. Sitzung trat auch bei diesem Patienten eine leichte Dermatitis auf, die aber — wie in den vorhergehenden Fällen — nur sehr wenig Beschwerden machte und bald zur Heilung gelangte. Später stellte sich am Orte ihrer Ausbreitung — der Milzgegend — eine ausgesprochene Pigmentation der Haut ein. Eine andere Nebenwirkung der Röntgenstrahlen hatte Patient bereits im vorigen Monat bemerkt, nämlich ein starkes Ausfallen der Kopf- und Barthaare. Der Dermatitis wegen wurde die Röntgentherapie ausgesetzt und Patient auf mehrere Wochen beurlaubt.

Am 10. August stellte Patient sich wieder vor. Er gab an sich vollkommen gesund zu fühlen und würde sich auch für gesund halten «wenn nicht noch die Verhärtung (i. e. Milztumor) zu fühlen wäre». Die Milz war unterdessen kleiner geworden und zwar in ihrem Breitendurchmesser um 5, in ihrem Höhendurchmesser um 2 ctm. Die Blutuntersuchung ergab 4.514,000 Erythrozyten, 80000 Leukozyten und einen Hb-gehalt von 68 pCt. Am 20. August wurde die Röntgenbehandlung wieder aufgenommen und bis Anfang September fortgeführt. Am 2. September waren die Milzgrenzen die folgenden. Der vordere Rand überschritt um 2 ctm. die Parasternallinie. Der Breitendurchmesser betrug 7 ctm. weniger als am Anfange und der Höhendurchmesser 15 ctm. gegen 21 bei Beginn der Behandlung. Das Befinden des Patienten war fortdauernd ein gutes, er fühlte sich vollkommen arbeitsfähig.

Vom 27. September —12. Oktober wurde abermals röntgenisiert. Dann trat wieder eine längere Pause ein. Anfang November stellten sich Magen-Darmbeschwerden ein: Appetitlosigkeit, Leibschmerzen, Durchfälle. Nach einer Woche war Patient wieder vollkommen hergestellt.

Am 16. November nach der 63. Sitzung ergab sich folgender Befund: Der vordere Milzpol erreicht nicht ganz die Parasternallinie, d. h. die Milz war im Laufe der ganzen Behandlung in ihrer Breite um 10 ctm. kleiner geworden, in ihrer Höhenausdehnung hatte sie im ganzen um 11 ctm. abgenommen.

Die Zahl der Erythrozyten betrug 5.000,000, die der Leukozyten 74300, der Hb-gehalt 82 pCt. Die Normoblasten sind nur noch in geringer Anzahl anzutreffen. Die pathologischen Zellformen sind noch immer recht reichlich nachweisbar, werden jedoch von den polymorphkernigen, neutrophilen Zellen jetzt an Zahl bedeutend übertroffen.

Das in diesem Falle im Laufe eines halben Jahres erreichte Resultat muss als ein durchaus befriedigendes bezeichnet werden, da Patient ganz beschwerdefrei und vollkommen arbeitsfähig geworden und es auch geblieben ist trotz der mannigfachen körperlichen Anstrengungen, denen er als Landwirt sich im Laufe der letzten Monate auszusetzen hatte.

IV. Fall. Th. S. Aufseher in einem Gefängnis. 33 J. alt Gemischtzellige Leukämie. Krankenhausaufenthalt vom 17. Juni —28. Juli 1905. Darauf ambulatorische Behandlung.

Anamnese: Pat. ist seit ca. 3 Jahren krank. Bis vor 1 Jahr ist der Zustand ein leidlicher gewesen, seitdem aber hat er sich bedeutend verschlimmert: die Körperschwäche hat zugenommen und das Unterschenkelödem, das früher nur zeitweilig bestand, ist jetzt dauernd bestehen geblieben. Der Milztumor besteht seit 2 Jahren. Venerische Krankheiten werden nicht zugegeben.

Status präsens: Pat. ist von mittlerer Grösse, beträchtlich reduziertem Ernährungszustand. Der Urin von normaler Beschaffenheit. Augenhintergrund normal. Haut- und Schleimhäute sehr blass. Starkes weiches Tibial- und Kreuzödem. Das Brustbein und die Kanten der Tibien sind recht druckempfindlich. Am äusseren Rande des rechten m. sternocleido sind zwei vergrösserte Drüsen fühlbar, die Axillardrüsen sind ebenfalls nur wenig vergrössert. Die Inguinaldrüsen — von mehr als Haselnussgrösse — sind als vergrössert bereits sichtbar.

Lungen: geringe Schallverkürzung über den abhängigen Partieen und etwas Rasseln hörbar. Herz: obere absolute Grenze an der 4. Rippe, die rechte absolute — Mitte des Sternum's, rechte relative ein wenig nach aussen vom rechten Sternalrande. Spitzenstoss in der Mamillarlinie fühlbar. An allen Ostien ein systolisches Geräusch hörbar. Milz: obere Grenze an der 8. Rippe. Der untere Rand reicht bis fast zur Symphyse. Der vordere Milzrand überschreitet die Linea alba in der Nabelhorizontalen genau um 9 ctm. Die Höhe der Milz beträgt in der Mamillarlinie 31 ctm., in der Linea mediana 29 ctm. Leber: unterer Rand 8 ctm. unterhalb des r. Rippenbogens fühlbar. Blutbefund: 2.800,000 Erythrozyten, 188000 Leukozyten, 32 pCt. Hb-gehalt.

Die roten Blutkörperchen sind zum grössten Teil schwach gefärbt. Mikrozyten und Poikilozyten sind in reichlicher Anzahl vorhanden, ebenso Normoblasten, Megalozyten sind weniger zahlreich, Megaloblasten gar nicht nachweisbar. Sehr zahlreich sind Myelozyten, eosinophile Zellen — meist mit einem Kerne — und grosse mononukleäre Leukozyten sichtbar. Die polymorphkernigen, neutrophilen Zellen und die kleinen Lymphozyten sind an Zahl relativ stark vermindert.

Die Bestrahlung der Milz und langen Röhrenknochen begann am 27. Juni. Die Herzdilatation ging im Laufe der ersten 2 Wochen unter Digitalis zurück, die Oedeme schwanden bald gänzlich. Am 5 Juli nach der 8. Sitzung — war eine deutliche Verkleinerung der Inguinaldrüsen bereits bemerkbar. Am 28. Juli (27. Sitzung) waren die Inguinaldrüsen auf ihren normalen Umfang zurückgegangen. Die Milz hatte sich in ihrem Breitendurchmesser um 3, in ihrem Höhendurchmesser um 4 ctm. verkleinert. Pat. fühlte sich soweit gebessert, dass er durchaus um Entlassung aus dem Krankenhause bat und zur ambulatorischen Behandlung in's Röntgenkabinett kommen wollte. Leider war gleich nach Verlassen des Krankenhauses eine Verschlechterung im subjektiven und objektiven Zustande des Kranken eingetreten, da er — durch verschiedene Umstände veranlasst — sich gar nicht hatte schonen können. Die Temperaturen, die beim Austritt des Patienten aus dem Krankenhause normal gewesen waren, waren wieder in die Höhe gegangen und das Unterschenkelödem hatte sich wieder eingestellt. Die Milz war aber nicht grösser, sondern noch etwas kleiner geworden und zwar besonders in ihrer Höhenausdehnung, indem die Masse am 6. August in der Mamillarlinie 26 ctm. gegen 31 am Anfange und 19 ctm. in der Linea alba gegen 29 betrugen. Die Zahl der Erythrozyten war auf 2.012,500 gesunken, der Hb-gehalt auf 30 pCt.

Ein auffallendes Ergebnis ergab die Zählung der Leukozyten, indem jetzt nämlich nur 7000 gefunden wurden. Die starke Abnahme trat dementsprechend im Deckglastrockenpräparat sehr deutlich hervor.

Nachdem der Zustand des Patienten unter Digitalis und Bettruhe sich abermals gebessert hatte, wurde Patient zwischen dem 12. und 19. August noch 6 Mal bestrahlt. Zu weiteren Sitzungen ist es dann nicht mehr gekommen, da sich Ende August wieder eine Verschlechterung im Zustande des Pat. einstellte. Er war nämlich als Reservist gelegentlich einer Mobilisation einberufen worden und statt sich sofort krank zu melden, hatte er behufs Befreiung alle Gänge selbst gemacht und sich dadurch geschadet.

Am 2. September fand ich den Patienten bereits in recht schwachem Zustande zu Hause vor. Zu dem schon früher bestehenden Unterschenkelödem war noch starkes Kreuzödem hinzugetreten. Husten, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, sowie epigastrische Schmerzen hatten ihn körperlich sehr heruntergebracht. Ueber den linken Unterlappen bestand Dämpfung und war Rasseln hörbar, Erscheinungen, die wohl das seit Ende August bestehende Fieber (38—39°) erklären konnten. Eine Abnahme des Lebertumors war — wie im Verlaufe der ganzen Behandlung — auch jetzt nicht nachweisbar. Dagegen war in der letzten Zeit eine weitere und zwar recht beträchtliche Milzverkleinerung eingetreten. Während ursprünglich — wie erwähnt — der vordere, langgestreckte Milzrand die Linea mediana um 9 ctm. überragte und die Milzhöhe in dieser Linie 29 ctm. betrug, war jetzt der vordere Milzpol 2 ctm. nach links von der Mittellinie fühlbar. Der Höhendurchmesser der Milz in der Mamillarlinie war von 31 ctm. auf 21 ctm. heruntergegangen. Auch die Blutuntersuchung zeigte dass nicht ein eigentliches Rezidiv die Ursache der Verschlechterung war. Die Zahl der Erythrozyten war nämlich in letzter Zeit — wenn auch wenig — in die Höhe gegangen und betrug 2.628,000, der Hb-gehalt 36 pCt. Die Zahl der Leukozyten war genau dieselbe, wie bei der letzten Zählung — 7000. Im Deckglastrockenpräparat fiel vor allem die starke Mikrozytose und Poikilozytose in die Augen; Megaloblasten waren auch diesmal nicht aufzufinden, die Normoblasten waren nur noch spärlich anzutreffen. Die sehr starke Abnahme der Zahl der Leukozyten betraf in erster Linie die atypischen Blutzellen, ganz besonders die Myelozyten. Die polymorphkernigen neutrophilen Leukozyten übertrafen die pathologischen Zellformen bei weitem an Zahl. Trotz der normalen Leukozytenzahl von 7000 war also das Blutbild — ganz abgesehen von den schweren degenerativen Erscheinungen an den roten Blutkörperchen — in keiner Weise ein normales zu nennen. Der Zustand des Patienten verschlechterte sich in der Folge trotz der angewandten Massnahmen immer mehr. Am 10. September erfolgte unter den Zeichen allmählich nachlassender Herztätigkeit der Exitus. Eine Sektion war leider nicht zu ermöglichen gewesen.

Auch in diesem Falle war die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf die Drüsen eine sehr ausgesprochene gewesen. Die Röntgentherapie war aber wegen der in vorgeschrittenem Stadium sich befindenden Krankheit nicht imstande gewesen eine anhaltende Besserung herbeizuführen.

V. Fall. J. E., Händler aus dem Kownoschen Gouvernement. 39 J. alt. Gemischtzellige Leukämie. Krankenhausaufenthalt vom 16. Juli – 8. August 1905. Darauf ambulatorische Behandlung.

Anamnese: Vor ca. 1½ Jahren bemerkte Patient den Milztumor. Der Appetit hat seitdem nachgelassen, der Stuhlgang ist unregelmässig geworden. Abendliche Schweisse, Herzklopfen, Schmerzen in der Milzgegend, Knöchelödem haben den Patienten in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Vor einigen Wochen bestand Priapismus. Im Jahre 1904 nahm der Milztumor nach Arseninjektionen etwas ab, wurde dann jedoch wieder grösser. Pat. hat in früheren Jahren Typhus abd., Gonorrhoe und ein ulcus penis (molle?) gehabt. Er hat bis vor 2 Jahren stark getrunken.

Status präsens: Pat. ist von normalem Knochenbau und mittlerem Ernährungszustand. Körpergewicht 71 kg. Urin enthält weder Eiweiss, noch Zucker. Augenhintergrund normal. Bräunliche, nicht blasse Gesichtsfarbe. Kein Oedem. Nur die Inguinaldrüsen erscheinen ein wenig vergrössert. Geringe Druckempfindlichkeit der unteren Sternalhälfte. — Lungenbefund normal. Normal grosse Herzdämpfung. Kein fühlbarer Spitzenstoss. Systolisches Geräusch an allen Ostien. Obere Milzgrenze an der VIII. Rippe. Der vordere Milzrand überschreitet die Linea mediana um 4 ctm. Der untere Milzrand liegt 8 ctm. über der Symphyse. Die Höhe der Milz beträgt in der Mamillarlinie 27 ctm., in der Linea mediana 18 ctm. Blutuntersuchung: 3.506,000 Erythrozyten, 325,000 Leukozyten, 60 pCt. Hb-gehalt. Keine Gestaltsveränderungen der roten Blutkörperchen, Normoblasten spärlich vorhanden. Unter den

Leukozyten prävalieren vor allen übrigen, auch vor den polymorphkernigen, die Myelozyten.

Die Röntgenbehandlung begann am 23. Juli. Auch in diesem Falle wurden ausser der Milz, die langen Röhrenknochen, sowie das Brustbein bestrahlt. Sämmtliche Beschwerden des Patienten liessen sehr bald nach Beginn der Röntgensitzungen nach und waren nach ca. 15 Sitzungen (7. August) vollständig geschwunden. Patient fühlte sich ganz wohl. Am 13. August nach 20 Sitzungen war jedoch noch keine Volumsabnahme des Milztumors zu konstatieren. Die Blutuntersuchung ergab eine Zunahme der Erythrozyten auf 4.447,000 und des Hb-gehaltes auf 68 pCt. Die Leukozyten waren auf 165000 gesunken. Am 21. August wurden die Sitzungen abgebrochen und Patient bis Mitte September beurlaubt. Am 15. September stellte Patient sich wieder vor. Er hatte sich vollkommen wohl gefühlt, nur einmal einige Tage hindurch an Durchfall gelitten. Die Nachwirkung der Röntgenstrahlen trat in diesem Falle ganz besonders deutlich hervor, indem nämlich die Milz in diesen letzten behandlungsfreien Wochen sich beträchtlich verkleinert hatte. Der vordere Rand war allerdings nur um 4 ctm. zurückgegangen, der Höhendurchmesser in der Mamillarlinie hatte dagegen um 8 ctm. abgenommen. Die Zahl der roten Blutkörperchen betrug 4.640,000, der Hb-gehalt — 87 pCt. Die Zahl der weissen Zellen war auf 31000 gesunken, trotzdem nach der letzten Blutzählung am 13. August, die 165000 Leukozyten ergab, nur 7 Bestrahlungen stattgefunden hatten. Im Deckglastrockenpräparat zeigte sich die starke Abnahme der Zahl der Leukozyten sehr deutlich. Sie betraf besonders die Myelozyten. Im Vordergrunde standen die polymorphkernigen, neutrophilen Zellen; eosinophile und Mastzellen waren nicht sichtbar. Keine Normoblasten. Das Körpergewicht war von 71 kg. auf 74 kg. gestiegen, hatte also trotz Abnahme des Milztumors und Schwinden der Oedeme zugenommen. Pat. wurde bis zum 9. Oktober noch 20 Mal bestrahlt. Das bisherige Wohlbefinden war nur zweimal einige Tage hindurch gestört gewesen, indem sich Appetitlosigkeit, flüssige Stühle und Leibschmerzen eingestellt hatten. Erscheinungen, die wohl als Röntgenwirkung betrachtet werden müssen, da derartige Beobachtungen wiederholt in der Literatur angegeben werden. Die Milz hatte sich noch weiter verkleinert: der vordere Rand lag jetzt 3—4 ctm. diesseits der Linea mediana, war also 7—8 ctm. zurückgetreten und die Milzhöhe betrug 16 ctm. gegen 27 ctm. am Anfange. Der Blutbefund hatte sich seit der letzten Zählung nicht wesentlich geändert. Die Zahl der Leukozyten betrug am 9. Oktober 34400, die der Erythrozyten 4.837,000. Wenn auch die polymorphkernigen, neutrophilen Zellen die Myelozyten an Zahl bedeutend übertreffen, so sind letztere doch noch immer reichlich vorhanden. — Patient wurde auf ca. 5 Wochen beurlaubt und sollte sich Anfang Dezember wieder in Riga einfinden.

Das in diesem Falle bisher erreichte Resultat muss wohl als ein durchaus zufriedenstellendes bezeichnet werden.

6. Fall. F. G., 33 Jahre alt, verheiratete Frau aus dem Mohilewschen Gouvernement. Gemischtzellige Leukämie. Patientin befindet sich seit dem 3. Mai 1905 im Krankenhause.

Anamnese: Krank fühlt Patientin sich seit ca. 2 Jahren. Seit dieser Zeit bestehen Schmerzen in der linken Brustseite und Oberbauchgegend. Uebelkeit, Kopfschmerzen und Appetitlosigkeit stellten sich ein. Die Menses blieben aus. Vordem war Pat. stets normal menstruiert gewesen, hatte 3 gesunde Kinder geboren. Vor ca. 9 Monaten wurde der Milztumor bemerkt. Schweisse und Körpergewichtsabnahme sind in letzter Zeit hinzugekommen.

Status präsens: Pat. ist von schwach entwickeltem Knochenbau und stark reduziertem Ernährungszustand. Körpergewicht — 40 kg. Der Urin enthält Spuren von Eiweiss. Augenhintergrund normal. Puls von normaler Beschaffenheit. Drüsen nicht vergrössert. Körpertemperatur abends leicht erhöht, schwankt zwischen 37° und 37,5. Druckempfindlichkeit der unteren Sternalhälfte und der Kanten der Tibien. Der Lungen- und Herzbefund ist normal. Die Milz stellt einen grossen, langgestreckten Tumor dar, der vom 8. J. C. R. bis fast zur Symphyse sich erstreckt, ca. 3 Querfinger von demselben entfernt bleibt. Der vordere Rand, der 3 Inzisionen aufweist, erstreckt sich bis zur linken Parasternallinie. Die Leber ist nicht vergrössert. 12. Juli Blutuntersuchung. 3040000 Erythrozyten, 580000 Leukozyten, Hb-gehalt n/Sahli — 50 pCt. Sehr reichlich sind die kernhaltigen roten Blutkörperchen vertreten, Gestalts- und Grössenunterschiede der Erythrozyten sind nicht vorhanden. Die hochgradige Vermehrung der Leukozyten betrifft vor allem die Myelozyten, daneben sind jedoch auch viel einkörnige Zellen mit eosinophiler und basophiler Granulation, sowie Uebergangsformen und grosse mononukleäre Leukozyten vorhanden.

Es fanden bei dieser Patientin von Anfang Juli bis Ende September 52 Sitzungen statt. In den ersten 26 Sitzungen wurden die Milz und die langen Röhrenknochen bestrahlt, späterhin ausschliesslich die Milz. Auch hier trat die Wirkung auf das Blut recht bald ein, während eine nachweisbare Verkleinerung der Milz sehr lange auf sich warten liess. Nach der 26. Sitzung veranlasste eine in wenigen Tagen vorübergehende Dermatitis das Aussetzen der Bestrahlung. Das subjektive Befinden war unverändert geblieben. Der Appetit war nur mässig, die Kopfschmerzen sowie die linksseitigen Brust- und Leibschmerzen waren, wenn auch nicht immer so doch zeitweilig vorhanden. Die Blutuntersuchung ergab am 21. August 3720000 Erythrozyten, 177400 Leukozyten und einen Hb-gehalt von 62 pCt. Die Milzgrenzen waren dieselben geblieben. Nach einer kurzen Pause wurde die Bestrahlung wieder aufgenommen, doch wurde nur die Milz, nicht die Röhrenknochen den Röntgenstrahlen ausgesetzt. Veranlassung bot mir dazu das überaus günstige Resultat der ausschliesslichen Milzbestrahlung im dritten Falle. Ende September musste die Behandlung abgebrochen werden, da sich Beschwerden eingestellt hatten, die als Nebenwirkung der Röntgentherapie aufzufassen waren. Zu den schon vor der Röntgenbehandlung bestehenden Schmerzen in der Milzgegend waren noch Schmerzen im ganzen Leibe hinzugetreten. Gleichzeitig hatte sich ein mässig starker Meteorismus entwickelt, ohne dass es zur Bildung von Ascites gekommen wäre. Die Beschwerden setzten Anfang Oktober ein und bestehen in geringem Grade auch noch augenblicklich. Die jetzt vorhandenen abendlichen Temperatursteigerungen betragen selten mehr als 37,0. Eine deutlich nachweisbare Volumsabnahme der Milz ist in diesem Falle erst auffallend spät festzustellen gewesen. Nach der 52. und letzten Röntgensitzung, die am 26. September stattfand, schien die Milz wohl etwas weicher und beweglicher geworden zu sein, eine deutliche Verkleinerung machte sich erst Mitte Oktober bemerbar d. h. 3½ Monate nach Beginn der Röntgenbehandlung. Jetzt am 29. November liegt der vordere Milzrand 2 ctm. diesseits der linken Mamillarlinie — er lag anfänglich genau in der linken Parasternallinie, und während die Milz früher bis fast zur Symphyse reichte, ist der untere Rand jetzt 1½ ctm. oberhalb der Nabelhorizontalen palpabel. Noch ausgesprochener als auf die Milz war der Einfluss der Röntgenstrahlen auf das Blut. Ich will die Resultate dreier Zählungen der Erythrozyten einander gegenüber stellen, um den Unterschied deutlich zu machen.

Die Zahl der roten Zellen betrug vor der Röntgenbehandlung 3 Millionen, nach Abschluss derselben 4½ Millionen, zwei Monate später — Ende November, während welcher Zeit keine Röntgenbehandlung stattfand — 5⅓ Millionen. Dementsprechend hatte sich der Hb-gehalt ebenfalls fast verdoppelt, er beträgt 94 gegen 50 pCt. Die Zahl der weissen Zellen ist stetig gesunken von 580000 am 12. Juli auf 27000 am 20 Juni.

Die polymorphkernigen Zellen herrschen jetzt im Blutbilde vor. Die hochgradige Abnahme der weissen Zellen betrifft vor allem die Myelozyten, die jedoch noch immer leicht auffindbar sind, einkernige Zellen mit eosinophiler und basophiler Granulation sind dagegen nur in sehr geringer Anzahl vorhanden. Das Körpergewicht hat trotz der Abnahme des Milztumors um 7 kg. zugenommen. Nicht unerwähnt will ich auch lassen, dass die Menses nach mehr als zweijähriger Unterbrechung sich Mitte Oktober wieder eingestellt hatten. Das subjektive Befinden der Patientin ist jetzt ein beträchtlich besseres, als früher, wenngleich die Kopf- und Leibschmerzen noch zuweilen auftreten. Der Appetit ist recht gut, der Stuhlgang normal.

Kurz zusammengefasst sind die Resultate in diesen 6 Fällen folgende:

In Fall 1 waren nach 34 Sitzungen die Drüsen um die Hälfte kleiner geworden, die Milz hatte dagegen nur wenig an Umfang abgenommen. Die Zahl der Leukozyten war von 357000 auf 35400 gesunken, die der Erythrozyten war von 4287000 auf 4862000 gestiegen. Eine Besserung des Allgemeinbefindens war dagegen der seit Jahren bestehenden chronischen Lungentuberkulose wegen nicht eingetreten.

In Fall 2 war nach 104 Sitzungen die anfangs stark vergrösserte Milz zum Schluss gerade noch zu fühlen, das Allgemeinbefinden war ein vollkommen befriedigendes. Die Zahl der roten Blutkörperchen war von ca. 4 Millionen auf 5 Millionen und der Hb-gehalt von 67 auf 87 pCt. gestiegen. Die Leukozyten waren von 193200 auf 23200 gesunken.

In Fall 3 hatte die Milz nach 63 Sitzungen um mehr als die Hälfte ihres ursprünglichen, sehr bedeutenden Umfanges abgenommen. Die Zahl der roten Zellen war normal geworden, d. h. hatte sich gegen früher ver-

doppelt. (2431000 am 13. Mai 5000000 am 16. November). Die Zahl der weissen Zellen war von 517000 auf 74300 heruntergegangen. Die Beschwerden waren sämmtlich geschwunden.

In Fall 4 war nach 33 Sitzungen ebenfalls eine sehr beträchtliche Abnahme des Milztumors erfolgt, die mässig vergrösserten Drüsen waren normal gross geworden. Ebenso war die Zahl der weissen normal geworden. Die Anämie war jedoch nicht gebessert worden und das Allgemeinqefinden hatte sich progressiv verschlechtert.

In Fall 5 war vollständiges Wohlbefinden erzielt worden, die Milz war nach 47 Sitzungen viel kleiner, die Zahl der roten Zellen und der Hb-gehalt war annähernd normal und die Zahl der weissen von 325000 auf 34400 heruntergedrückt worden.

In Fall 6 war ebenfalls eine bedeutende Abnahme des Milztumors und beträchtliche Besserung des Blutbefundes nach 52 Sitzungen erzielt worden. Es hatten sich jedoch Beschwerden eingestellt. die zum Schlusse noch nicht ganz geschwunden waren.

Aus der Literatur habe ich 122 genauer beobachtete Fälle von Leukämie zusammenstellen können, die mit Röntgenstrahlen behandelt worden sind.

Von den 91 gemischtzelligen Leukämien wurden — z. T.
sehr bedeutend gebessert . 79 pCt.
es blieben ungebessert. . 10 „
es starben . . . . . . 11 „

Von den 31 lymphoiden Leukämieen zeigten eine Besserung nur 55 pCt. während ungebessert blieben resp. starben je 22,5 pCt. Die Röntgenbehandlung scheint also, was von vielen Seiten bereits betont worden ist, bei der gemischtzelligen Leukämie bessere Resultate zu erzielen als bei der lymphoiden.

«Als das Resultat der verschiedenen Erfahrungen bleibt also, wie Wendel sagt, bestehen, dass in der Mehrzahl der Fälle von Leukämie unter dem Einflusse der Röntgenstrahlen das klinische Bild sich sehr wesentlich zum Besseren wendet Das Allgemeinbefinden und zwar nicht nur das subjektive Befinden, sondern auch der allgemeine Kräfte- und Ernährungszustand heben sich, die Patienten fühlen sich gesunder, werden wieder leistungsfähig. Ebenso werden die spezifisch leukämischen Symptome erheblich gebessert, in einigen Fällen sogar wenigstens zeitweilig — beseitigt. Die Schwellungen der Milz, der Leber, der Lymphknoten gehen zurück, die Leukozyten vermindern sich und meist vermehren sich die Erythrozyten und mit ihnen der Hämoglobingehalt“.

Rezidive schienen nach Aussetzung der Behandlung häufig sich einzustellen, wenn ihr Auftreten nicht sogar die Regel bildet: sie lassen sich jedoch durch abermalige, rechtzeitig vorgenommene Röntgenbehandlung meist wieder beseitigen. Während in einem Teil der Fälle Leukozytenzunahme und Milzvergrösserung sich recht bald wieder einstellen, berichten Ledingham und Mc. Kerron über einen Fall, der ein halbes Jahr nach Aussetzen der Röntgenbehandlung noch immer rezidivfrei geblieben war. Ein Fall von Krause, in dem die Milz nicht mehr zu fühlen und der Blutbefund normal geworden war, zeigte 3 Monate nach Abschluss der Behandlung noch immer denselben Befund. Auch Crane, Lossen und Morawitz u. a. berichten über ähnliche Fälle. Ob Dauererfolge überhaupt zu erzielen sind, oder ob man ein Recidiv in jedem Falle zu erwarten hat, darüber werden erst die nächsten Jahre Aufschluss bringen. Nach den bisherigen Erfahrungen wird man mit einem Rückfalle der Krankheit zu rechnen und sich bei der Behandlung der Krankheit darnach zu richten haben. In den Krankengeschichten der verstorbenen Leukämiker findet sich sehr häufig die Angabe, dass anfänglich eine Besserung, z. T. in beträchtlichem Grade, erzielt wurde. Nur bei einem Teil der Patienten bildete ein Rezidiv die Todesursache, ein anderer Teil ging an interkurrenten Krankheiten z. B. einer Pneumonie zu Grunde. Zum anderen Teil handelte es sich, ebenso wie bei den nicht gebesserten Patienten, um sehr vorgeschrittene Fälle, bei denen anderweitige Organveränderungen schon von vorneherein den Gedanken an eine Besserung unwahrscheinlich erscheinen liessen.

Unter den Nebenwirkungen bei der Röntgenbehandlung nehmen die schon längst bekannten und gefürchteten Dermatitiden, die zuweilen zu tiefgreifenden Ulzerationen führen können, die erste Stelle ein. Sie pflegen je nach dem Grade ihrer Ausbreitung mit beträchtlichen Temperatursteigerungen und Störungen des Allgemeinbefindens einherzugehen. Scheint auch die menschliche Haut individuell verschieden auf Einwirkung der Röntgenstrahlen zu reagieren, so wird man doch im Allgemeinen durch geeignete Massnahmen (nicht zu lange fortgesetzte Bestrahlung, Hautschutz durch Staniol etc.) immer imstande sein diese recht unangenehme Komplikation, wenn auch nicht ganz vermeiden, so doch auf einen geringen Grad der Ausdehnung beschränken zu können. — Eine häufig zu beobachtende Nebenwirkung ist die in den einzelnen Fällen verschieden stark ausgeprägte Pigmentation der bestrahlten Hautpartieen, sowie — trotz anscheinend genügender Bedeckung — das Ausfallen der Kopf- und Barthaare. Letzterer Uebelstand pflegt jedoch nach Aussetzen der Behandlung zu schwinden. Während oder unmittelbar nach den Röntgensitzungen wird von manchen Patienten, besonders den neurasthenischen, über Blutandrang zum Kopf, Kopfschmerzen, Herzklopfen und Uebelkeit geklagt. Diese Beschwerden schwinden in der Regel im Laufe der weiteren Behandlung. Auch Erbrechen und Appetitlosigkeit wird zuweilen beobachtet. Das Auftreten von Durchfällen mit schleimigen Beimengungen resp. Verschlimmerung schon früher bestehender ist von manchen Seiten beobachtet worden (Krause, Schleipp und Hildebrandt). Ihre Abhängigkeit von der Bestrahlung wird man nicht von der Hand weisen können, da Heinicke bei seinen Tierexperimenten ähnliche Erscheinungen beobachtet hat, wobei er den ganzen Dünndarm und manchmal auch den Dickdarm aufgetrieben und mit flüssigem, schaumigem Inhalt gefüllt fand.

Schleipp und Hildebrandt berichten über einen Fall, in dem 3 Wochen lang neben Durchfällen Aszites sich nachweisen liess. Schmerzen in der Milzgegend werden nicht selten angegeben, so von Hirschfeld, Wendel, Schleipp und Hildebrandt. Letztere meinen dass Adhäsionen die Ursache sein könnten. Krause und Hildebrandt konnten in je einem Falle peritonitisches Reiben in der Milzgegend nachweisen. Wassmuth und Quadrone haben während der Röntgenbehandlung das Auftreten einer Pleuritis beobachten können. Eine unangenehme Folgewirkung, die wie es scheint aber sehr selten ist, bildet das Hinzutreten einer mit reichlicher Albuminurie und Zylindrurie einhergehenden akuten Nephritis, wie sie von Baermann und Linser, sowie von Franke beobachtet worden ist. Dass ein Zusammenhang zwischen der Nephritis und der Röntgenbehandlung besteht, dafür scheinen die Tierversuche von Helber und Linser zu sprechen, die bei länger dauernder Bestrahlung fast stets eine Nephritis feststellen konnten.

Die bei der Röntgenbehandlung der Leukämie übliche Technik ist kurz folgende: Es werden ausschliesslich sog. «mittelweiche bis harte» Röhren benutzt, die eine grössere Durchdringungsfähigkeit des Körpers besitzen, eine grössere Tiefenwirkung, als die weichen Röhren

haben, die wieder gerade bei Hautleiden gebräuchlich sind, die Haut der Kranken aber eher der Gefahr einer Verbrennung aussetzen. Die Dauer der jedesmaligen Röntgensitzung wird verschieden lange angegeben, je nachdem ob Milz und Knochen auf derselben Sitzung bestrahlt worden oder nicht. Ich habe die Milz in meinen Fällen 10—15 Minuten, die einzelnen Röhrenknochen 5—8 Minuten den Röntgenstrahlen ausgesetzt. Die nicht zu bestrahlenden Körperteile wurden durch aufgelegte Staniolplatten vor den Strahlen geschützt. Vorgenommen wurden die Bestrahlungen im Röntgenkabinett des Stadtkrankenhauses, bei deren Ausführung mich Dr. Sengbusch, der Leiter des Röntgenlaboratoriums, durch Ratschläge und Winke unterstützte. Die Bestrahlung erfolgte mit einer mittelharten Gundlach'schen resp. Müller'schen Röhre in einem Abstand von 20—25 cm. zwischen Glas und Körper bei einer Stromstärke von ca. 10 Ampère mit Funkeninduktor von 50 cm. Länge und Quecksilberstiftunterbrecher.

Für das Zustandekommen der auffallenden Wirkung der Röntgenstrahlen bei der Leukämie hat bisher eine ausreichende Erklärung nicht gefunden werden können. Wohl haben die experimentellen Arbeiten, ganz besonders die von Heinicke, weitere von Mosse und Milchner und Helber und Linser eine gewisse Berechtigung zur Vornahme der Röntgentherapie der Leukämie, eine experimentelle Grundlage für dieselbe geschaffen, eine genügende Aufklärung über das Wesen des Vorganges bei der Einwirkung der Strahlen haben sie aber nicht gegeben. Ein näheres Eingehen auf diese Arbeiten muss ich mir hier versagen und verweise auf diesbezügliche Referate, so z. B. auf das in der Arbeit von Krause. Die Frage nach der Art und Weise der Einwirkung der Röntgenstrahlen muss jedenfalls z. Z. noch als eine offene betrachtet werden.

Wenn auch ein groser Teil der bisher veröffentlichten Fälle nur als vorläufige Mitteilungen bezeichnet werden kann und die Röntgentherapie der Leukämie erst seit kurzer Zeit angewandt wird, so lässt sich doch auf Grund der bisherigen Erfahrungen ein gewisses Urteil über den Wert dieser Behandlungsmethode aussprechen, das ich in folgenden Schlusssätzen zusammenfassen möchte.

Die Röntgenbehandlung der Leukämie ist als die aussichtsvollste Behandlungsmethode dieser Krankheit zu betrachten.

Sie scheint jedoch nur eine symptomatische Wirkung zu haben. Eine Heilung auf diesem Wege scheint schon durch die beim Tierexperimente gemachten Erfahrungen ausgeschlossen zu sein.

Die günstigste Prognose geben bei dieser Behandlungsmethode zweifellos die im Anfangsstadium befindlichen Fälle.

Die vorgeschrittenen Fälle schliessen eine Besserung nicht aus, zeigen jedenfalls erst bei längerer Bestrahlung eine solche, scheinen aber leichter zu rezidivieren und auch plötzlich einsetzenden Verschlimmerungen eher ausgesetzt zu sein.

Die Röntgentherapie scheint bei der myeloiden Leukämie bessere Erfolge zu erzielen, als bei der lymphoiden Leukämie.

Die günstige Wirkung der Röntgenstrahlen pflegt in der Regel zuerst sich in einer Aenderung der Blutzusammensetzung zu äussern, indem die Zahl der Leukozyten heruntergeht, der Hb gehalt und die Erythrozyten in die Höhe gehen. Gleichzeitig, aber ein wenig später pflegt eine Besserung des Allgemeinbefindens, eine Abnahme der subjektiven Beschwerden einzutreten. Die Abnahme des Milzumfanges macht sich in der Regel erst nach einer längeren Reihe von Sitzungen bemerkbar, kann zuweilen auch einige Monate auf sich warten lassen.

Bei längerem Aussetzen der Behandlung tritt in der Regel zuerst eine Zunahme der Leukozyten und dann erst eine Vergrösserung des Milztumors wieder ein, ohne dass gleichzeitig im subjektiven Befinden des Patienten eine Verschlimmerung zu beobachten wäre.

Um dem Auftreten eines Rezidives von vorneherein vorzubeugen, ist eine in grösseren Pausen vorzunehmende Röntgennachbehandlung zu empfehlen, die in etwa 1—2 Mal wöchentlich stattzufindenden Röntgensitzungen zu bestehen hätte.

Die bisher gemachten Erfahrungen sprechen dafür, dass eine zu energische Behandlungsmethode zu verwerfen ist. Ganz besondere Vorsicht ist nötig bei vorgeschrittenen Fällen, bei älteren Leuten und bei gleichzeitigem Vorhandensein andererseitiger Erkrankungen.

Ob die ausschliessliche Bestrahlung der Milz genügt, aber ob nicht doch die kombinierte Milz- und Knochenmarkbestrahlung vorzuziehen ist, muss erst die Folgezeit lehren.

Literatur:

Senn, N. New-York med. record. 22. VIII, 1903.
Heinicke, H. 1) Münch. med. Wochenschrift 1903, Nr. 48. 2) ibidem 1904, Nr. 18. 3) ibidem 1904, Nr. 31. 4) Mitteil. aus d. Grenzgeb. der Med. und Chirurg. 1904, 14 Bd. H. 1 u. 2.
Wendel, W. Münch. med. Wochenschr. 1905, Nr. 4.
Ledingham and Mac Kerron. Lancet 4246, 14 I, 1905.
Krause. P. Fortsch. auf dem Geb. der Röntgenstr. Bd. VIII. H. 3 u. 5.
Bryant and Crane. New-York med. Record. 9 IV, 1904.
Lossen, J. u. Moravitz, P. D. Arch. f. kl. Med. Bd. 83, H. 3 u. 4.
Schleip, K. u. Hildebrandt, W. Münch. med. Woch. 1905, Nr. 9.
Hirschfeld, H. Berl. klin. Woch. 1905, Nr. 32.
Stursberg. Münch. med. Woch. 1905, Nr. 13.
Wassmuth. Wiener Klin. Woch. 1905, Nr. 15 u. 17.
Quadrone, K. Zentrbl. f. inn. Med. 1905, 24.
Franke, M. Wiener klin. Woch. 1905, Nr. 33.
Baermann, G. u. Linser, P. Münch. med. Woch. 1904, Nr. 23.
Helber, E. u. Linser, P. Münch. med. Woch. 1905, Nr. 15.
Milchner, R. u. Mosse, M. Berl. klin. Woch. 1904, Nr. 49.
Sammelreferate:
Schirmer, K. H. Zentrbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. und Chirurg. 1905, H. 1, 2, 3.
de la Camp. Therapie der Gegenwart. 1905, Nr. 3.
Gutachtensammlung. Mediz. Klinik. Nr. 6.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 2. November 1905.

p. I. Dr. Bergmann und Dr. Keilmann referieren über einen Fall von Darmokklusion kompliziert mit Gravidität.

M. P. 37 a. n. Gravida im 7. Monat (3. Schwangerschaft) wird am 26. Oktober Abends in die geburtshülfl. Abteilung aufgenommen

Schmerzen im Leibe. In der Nacht wird Patientin in die chirurg. Abteilung übergeführt. Es ergiebt sich, dass Patientin seit dem 24. keinen Stuhl und keine Flatus gehabt, dass seit dieser Zeit an Intensität zunehmende heftige Schmerzen im Abdomen bestehen, die Patientin nicht näher lokalisieren kann und dass die Kindbewegungen seit etwa 24 Stunden aufgehört haben. Patientin hat immer Neigung zur Obstipation gehabt.

Die mittelgrosse Frau von mässigem Ernährungszustande zeigt verfallenes Aussehen, die Augen sind haloniert. Temp. 37,3° P. 80—90. Der Leib ist gross, mässig gespannt. Es besteht Zwerchfellshochstand. Der Uterus steht etwa 2 Finger breit über dem Nabel. Anfallsweise verstärken sich die Schmerzen und veranlassen Patientin zu lautem Jammern. Etwaige Uteruskontraktionen können nicht konstatiert werden. Ebenso fehlt jegliche sicht- oder tastbare Steifung einer

Darmschlinge; Darmgeräusche sind auch nicht zu konstatieren.

Der Rektalbefund ist negativ: ein in's Rektum geführtes Rohr kann hochgeführt werden, jedoch das einlaufende Wasser fliesst sofort zurück. Es gehen jedoch durch das Rohr Flatus ab. Nach dem Klysma fühlt Patientin Erleichterung und gehen angeblich Flatus spontan ab.

Der Urin enthält kein Albumen.

27. Oktober Morg. haben sich die Schmerzen verstärkt, die Passage hat sich nicht hergestellt, Patientin verlangt den Eingriff.

Laparotomie. Es findet sich trübes seröses Exsudat in geringer Menge. Die geblähten und injizierten Darmschlingen sind mit Fibrinfäden belegt, das Colon transversum ist gebläht. Der gravide Uterus wird vorgeholt. Der Dünndarm wird in heisse Tücher gepackt. Die Flexur ist von normaler Grösse, jedoch stark gebläht, dunkelblau verfärbt und an ihrem Fusspunkt von einer Dünndarmschlinge umschlungen. Die Lösung der Verknotung gelingt dadurch, dass die Dünndarmschlinge mit stumpfen Hacken gewaltsam gedehnt und die Flexur nun zurückgeschoben wird. Sofort schwindet die dunkele Verfärbung der Flexur, während ein Serosariss am Dünndarm (tiefe Flexurschlinge) der durch die starke Dehnung entstanden war, genäht wird, gewinnt die Flexur normales Aussehen, so dass von einer Resektion Abstand genommen werden kann. Inzwischen hat ein per anum eingeführtes Darmrohr für Entleerung von Gasen und flüssigem, stinkenden Stuhl gesorgt. Der Darm wird reponiert, die Bauchhöhle mit Kochsalzlösung gespült und mit breiten Wattekissen abgestopft. Darauf führt Herr Dr. Keilmann die Sektio caesarea aus und entfernt ein 7-monatliches totes Kind und ohne nennenswerte Blutung die Plazenta. Der gut sich kontrahierende Uterus macht beim Schliessen der Bauchwunde keine weiteren Schwierigkeiten, da er sofort in das Becken herabsinkt. Aus dem weiteren Verlauf ist hervorzuheben, dass die Schädigung des Darmes durch die Strangulation eine Komplikation verursachte. Nachdem am 3. Tage p. op. Flatus, am 4. Tage Stuhl erfolgt waren, begannen Durchfälle, welche 4—6 Ausleerungen pro Tag ergaben, in denen mehrfach schwarze Membranen bemerkt worden sind, Blutbeimengungen sind da nicht beobachtet worden. Die Therapie bestand in Verabfolgung von emuls. ol. ricin. Während dieser Zeit bewegte sich die Temp. um 38,0 herum und erreichte gelegentlich sogar 39,0.

Im Uebrigen war der Verlauf nach allen Richtungen ein normaler. Am 19. Oktober blieb die Temp. zum ersten Mal unter 38,0. Patientin verliess das Krankenhaus am 21. Oktober, nachdem in den letzten Tagen normaler geformter Stuhl eingetreten war.

(Autoreferat).

p. II. Dr. v. Krüdener hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Sehnervendegeneration nach Intoxikationen».

Er spricht über Erblindung durch Atoxyl, Methylalkohol, Schwefelkohlenstoff und Filix mas. Der Vortrag soll in der Münchener Med. Wochenschrift erscheinen. Anschliessend an einen Fall von Dr. W. Bornemann berichtet Vortragender über einen Herrn von 38 a. n., der längere Zeit hindurch subkutan eine 16 pCt. Atoxyllösung (Meta-arsensäure-anilid) gegen nervöse Beschwerden anwandte. Im Laufe von 7 Monaten wurden etwa 50,0 Atoxyl verbraucht. Die Erkrankung trat unter dem Bilde einer enorm akut verlaufenden retrobulbären Neuritis auf. Das eine Auge erblindete völlig, das andere behielt Sehschärfe 1/15.

Ferner berichtet er über 2 Erblindungen durch Methylalkohol, über eine Erblindung durch Schwefelkohlenstoff, die jedoch so weit zurückging, dass Patient wieder arbeitsfähig wurde, und über ein passageres Skotom bei einer blutarmen Frau, nach einer Bandwurmkur, mit 2,0 Extractum filicis. Betont wird bei der Verschiedenartigkeit der Wirkung auf den menschlichen Körper, und der Verschiedenheit der chemischen Zusammensetzung der besprochenen Stoffe, die enorm deletäre Wirkung auf die Licht perzipierenden Sehnervenfasern und Netzhautganglien. Die Kasuistik des Atoxyl ist noch klein, hoffentlich dringt die Nachricht von der Wirkung auf die Augen, bald in neurologische und dermatologische Kreise, damit weiteres Unglück vermieden wird.

(Autoreferat).

Dr. Bernsdorff teilt mit, dass er Methylalkohol im Krankenhaus zu Einreibungen oft angewandt habe, ohne irgend welche schlimmen Erfahrungen dabei gemacht zu haben.

Dr. W. Lieven führt aus der letzten Nummer der «Therapeut. Monatshefte» einen von Bornemann referierten Fall an, wo eine Vergiftung durch Atoxyl besprochen wird.

Dr. Woloschinsky hat 20 pCt. Atoxyllösung in Form von Injektionen bei Anaemien vielfach angewandt, er hat keine Vergiftungserscheinungen beobachtet.

p. III. Dr. Otto Klemm verliest sein Korreferat zu Dr. Berkholz Vortrag über Pylorusstenose der Neugeborenen.

Er hält im Wesentlichen den bisherigen patholog.-anat. Befund bei dieser Stenoseform für nicht beweiskräftig. Man habe bisher stets unterlassen den kontrah. Pylorus zur Erschlaffung zu bringen und dann das Lumen zu messen. Auch klinisch sei das Bild für die angegebene Stenose nicht charakteristisch genug — es decke sich mit dem Bilde des spastischen Pylorusschlusses der mehr oder weniger bei jedem habit. Brecher sich ausbildet. Von einer Heilung solch angeborener Stenose könne nicht die Rede sein, da diese angeborene Stenose gar nicht vorgelegen haben kann. Die von Dr. Berkholz demonstrierten 2 Fälle gehörten in das Gebiet des habituellen Erbrechens, aus irgend einer Praedisposition, deren Ursache nicht eruiert werden kann.

(Autoreferat).

Zur Diskussion bemerkt Dr. v. Bergmann, dass Loebker auf dem Chirurgen-Kongress vor einigen Jahren den Begriff der angeborenen Stenose sehr eng begrenzt habe, einige zweifellose Fälle seien jedoch festgestellt worden; diese Fälle sind als Myome betrachtet worden, sie sind nur durch eine Operation geheilt worden. Klinisch werde dieses Bild durch die Steifung des Magens und durch die Obstipation bewiesen, solche Kinder haben keinen Stuhl. Nach Loebker sollen solche Fälle nicht operiert werden, wo schon eine Dilatation zur Heilung führt.

Dr. Berkholz verteidigt seine im Vortrage auf der vorigen Sitzung ausgesprochenen Ansichten. Dr. Klemm greife überhaupt das Bild der angeborenen Pylorusstenose an, doch wohl mehr nur theoretisch. Hirschsprung habe die ersten Diagnosen auf dem Sektionstische gemacht, später sei von Finkelstein das klinische Bild fixiert worden. Ibrahim habe genaue Messungen des Magens bei der Pylorusstenose gemacht, habe ihn bei der P. St. 8,31 mm. dick gefunden, wogegen der normale Magen nur 5,00 mm. dick sei; ähnliche Unterschiede hat er auch bei den einzelnen Komponenten der Magenwand gefunden. Er habe weiter auch nur die angenommenen Ursachen der Erkrankung, also angeborene Missbildung, Aktivitätshypertrophie der Muskulatur, intravitam entstanden, Pylorospasmus mit extrauteriner Genese erwähnt, ohne für eine derselben spezielle Stellung nehmen zu können.

Nach Dr. Hampeln handelt es sich hier um die Feststellung eines sehr wichtigen Krankheitsbildes und nach seiner Erfahrung hat die Annahme einer angeborenen Pylorusstenose sehr viel für sich, da dadurch manche Fälle erklärt werden können. Die Praesumption spreche dafür, dass die angeborene Pyl.-St. vorkomme, habe doch auch z. B. Rokitansky seiner Zeit die angeborenen Herzfehler vorausgesagt, welche erst später anatomisch verifiziert wurden. Der Ausgang in Genesung spreche auch nicht gegen eine angeborene P.-Stenose; vor mehreren Jahren habe er einen 10-jährigen Knaben gesehen, wo er zur Erklärung der Krankheitssymptome hieran denken müsse. Einen anderen Fall habe er mit mehreren Kollegen zusammen beobachtet; die Patientin war eine Erwachsene, mit vielen nervösen Symptomen behaftet; es bestand Erbrechen, und es wurde bald ein Ulkus, bald eine Neurose diagnostiziert schliesslich stellte sich eine hochgradige Magenektasie als Folge von Pylorusstenose heraus und wurde die Patientin von Prof. Mikulicz operiert (Pyloroplastik und ausserdem Gastroenterostomie); der Verlauf war zuerst gut, doch nach 3–4 Tagen erlag die Patientin der Operation. Bei der Sektion fand man einen auffallend verengten Pylorus, eine Stenose, keinen Tumor etc. Es könnte also, resumiert Hampeln, eine angeborene Pylorusstenose erst später zu einem schweren Krankheitsbilde führen.

Dr. F. Buchholz meint, dass Dr. O. Klemm nicht vereinzelt mit seiner Ansicht dastehe; das Gros der Autoren nehme nur einen Spasmus des Pylorus an, z. B. Heubner, Escherich, auch Pfaundler (auf der Versammlung der Naturforscher zu Meran). Nach Ibrahim tritt die Heilung der Pylorusstenose durch Hypertrophie der Magenmuskulatur ein.

Dr. Buchholz zweifelt daran, dass letzteres in so kurzer Zeit eintreten könne, zumal die Kinder ja sofort die aufgenommene Nahrung erbrechen.

Dr. Berkholz erwidert, dass er ja auch die Anschauung eines Spasmus pylori angeführt habe, doch gäbe es einige Fälle, wo eine angeborene Stenose angenommen werden müsse. Woher komme jedoch dieser Spasmus? es müsse doch ein angeborener Defekt angenommen werden, könne doch auch die Muttermilch in seinem Falle nicht beschuldigt werden, da Patient bei derselben Nahrung später wieder genesen. Zur Frage der Therapie übergehend, meint Redner, dass eine Dehnung des Pylorus jetzt aufgegeben sei; unter anderen Operateuren habe Mikulicz mehrere Fälle operiert, in denen ein mächtiger Tumor gefunden worden, welcher durch interne Mittel nicht überwunden werden konnte. Im Uebrigen

habe er ja auch betont, dass die Operation nur bei Indikatio vitalis ihre Berechtigung habe.

Dr. Voss nimmt auf den 2., von Hampeln erwähnten Fall Bezug und erwähnt, dass ihm die Patientin als Hysterica bekannt gewesen sei. Der Krankheitszustand wechselte ja auch bei ihr sehr, von einer Stenose könne man hier nicht sprechen. Bei der Obduktion war ja der Befund nach Hampeln selbst auch negativ, d. h. es fanden sich keine Narben im Pylorus. Solche Bilder könne man daher nicht zur angeborenen Pylorusstenose rechnen.

Dr. Paul Klemm sind die Fälle von Loebker auch bekannt und müsse er auf demselben Standpunkt wie Dr. Bergmann stehen; es gäbe 2 Arten von Verengerungen des Pylorus: erstens mechanische Verkleinerungen des Pylorus (durch Kompression von aussen, durch Narben, durch Wucherungszustände der Muskulatur), diese Fälle könnten durch Operation günstig beeinflusst werden; alle anderen Zustände müssten jedoch als Stenosen funktioneller Natur betrachtet werden. Auch ihm sei der Hampelnsche Fall durch Dr. v. Engelbardt bekannt geworden, im Bericht von Mikulicz fehlt jedoch ein genauerer mikroskopischer Befund, daher sei der Fall noch zweifelhaft.

Dr. Hampeln erwidert, dass er nur darauf hatte hinweisen wollen, dass klinisch Stenosenerscheinungen vorhanden waren, wo anatomisch kein Grund für eine Stenose am Pylorus gefunden wurde, jedenfalls keine Narben oder Adhaesionen. Er meine jedoch, dass eine angeborene Stenose gelegentlich später zu Stenosenerscheinung führen könne.

Dr. Behr wendet gegen Dr. Hampeln gleichfalls ein, dass er die erwähnte Kranke in einer psychiatrischen Klinik kennen gelernt habe, der Beginn ihrer Erkrankung war zweifellos durch ein psychisches Trauma bedingt; die Kranke war psychisch sehr beeinflussbar; es hatte sie schon vor Mikulicz ein Heidelberger Chirurg einmal operieren wollen, nach psychischer Behandlung trat jedoch eine bedeutende Besserung des Zustandes ein.

Dr. Berkholz betont noch einmal zusammenfassend, dass es eine angeborene Pylorusstenose gebe, welche operiert werden müsse; für die anderen Fälle müsse man einen Pylorusspasmus annehmen, doch könne man hierbei nicht an eine nervöse Erkrankung denken.

In seinem Schlussworte bemerkt Dr. Otto Klemm, dass er den Zustand einer Pylorusstenose nicht leugnen wolle, er wolle nur nicht eine angeborene Stenose anerkennen. Unter Stenose könne man nur eine dauernde Passagebehinderung verstehen; ist die Stenose nicht dauernd, so sei es eben keine Stenose, sondern ein Spasmus, welcher vorübergehend sei.

Nachtrag zum Protokoll der Sitzung vom 2. November 1905.

Dr. Berkholz. Das Autoreferat des Herrn Dr. O. Klemm entspricht meiner Ansicht nach nicht dem auf der Sitzung verlesenen Korreferat, in demselben wandte sich Herr Dr. O. Klemm nur im allgemeinen gegen das klinische Bild der sogenannten Pylorusstenose und die pathologisch-anatomische Erklärung desselben. Ein direkter Angriff auf die Diagnosenstellung in den von mir vorgetragenen 2 Fällen wurde nicht erhoben, sonst hätte ich nicht ermangelt denselben zurückzuweisen.

(Autoraferat).

d. z. Sekretair Dr. med. Theodor Schwartz.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der Direktor des klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna, wirkl. Staatsrat Dr. G. Tiling, ist in diesem Amte gemäss der Wahl, bestätigt worden.

— Am 22. Mai beging in Gramsden (Grobinscher Kreis in Kurland) der dort allgemein beliebte Arzt Dr. Albert Roloffs sein 50-jähriges Doktorjubiläum. Der Jubilar, welcher gegenwärtig im 78. Lebensjahre steht, liess sich 1856 nach Erlangung der Doktorwürde als Landarzt in Kurland nieder und praktizierte anfangs in Preekuln, dann in Kalleten und Bathen. Von dort siedelte Dr. R. im Jahre 1889 nach Gross-Gramsden über, wo er bis zum heutigen Tage in voller Rüstigkeit seinem aufopfernden Berufe nachgeht.

— Dr. Adolf v. Bergmann in Riga konnte am 30. Mai, wie wir der Düna-Ztg. entnehmen, auf den Tag zurückblicken, an welchem er vor 25 Jahren auf Grund seiner Dissertation «Zur Cylindromfrage» in Dorpat zum Doktor der Medizin promoviert worden war. — Nachdem Dr. v. Bergmann seine Studien in Dorpat absolviert und zur weiteren Vervollkommnung ausländische Universitäten besucht hatte, liess er sich 1882 als freipraktizierender Arzt in Riga nieder. Namentlich als Chirurg erfreut sich der Jubilar weit über das Weichbild dieser Stadt hinaus des besten Rufes. Ausserdem hat er durch seine kommunale Tätigkeit als dirigierender Arzt des Stadtkrankenhauses, als Stadtverordneter, Präses der Verwaltung des Lepraasyls und des Vereins der schnellen ärztlichen Hülfe sich zahlreiche Verdienste um das Allgemeinwohl und die leidende Menschheit erworben.

— Eine Dankadresse an den bekannten Gynäkologen Professor Dr. Schatz in Rostock haben die Frauen Mecklenburgs, soweit sie zu der Zahl der Patientinnen desselben gehören, zu richten beschlossen. Bekanntlich war Prof. Schatz seit nahezu einem Menschenalter der Leiter der Rostocker Frauenklinik, aus welcher Stellung er infolge der gegen ihn gerichteten völlig unbegründeten Verdächtigungen freiwillig schied. Wie verlautet, wird Prof. Schatz in Rostock demnächst eine Privatklinik errichten, wodurch seine Kraft der leidenden Frauenwelt erhalten bleibt.

— Zum Präses der speziellen ärztlichen Sanitätskommission zur Erweisung ärztlicher Hülfe und zur Beaufsichtigung des Sanitätszustandes der von der Reichsduma eingenommenen ausgedehnten Räumlichkeiten im Taurischen Palais ist das Mitglied dieser Duma Dr. Dolshenkow (aus Kursk) gewählt worden. In dem bei der Reichsduma eingerichteten Ambulatorium empfängt der für den IV. Bezirk angestellte Arzt der Hofverwaltung Dr. Fomiliant täglich von 10—12 Uhr. Es sollen sich aber auch noch mehrere Aerzte bereit erklärt haben, die Dejour im ärztlichen Kabinett der Reichsduma während der ganzen Sitzungszeit zu übernehmen.

— Der stellvertretende Korpsarzt des I. kombinierten Schützenkorps, Geheimrat Dr. Gwosdenowitsch, ist auf Grund des 3. Punktes des Erlasses im Militärressort vom Jahre 1904, Nr. 287, verabschiedet worden, unter Belassung in dem von ihm ebenfalls bekleideten Amte eines Kurators des St. Petersburger Kinderasyls zum Gedächtnis an den 19. Februar 1861.

— Der Korpsarzt des II. Turkestanschen Armeekorps Dr. Krylow ist zum Geheimrat befördert worden, unter gleichzeitiger Verabschiedung mit Uniform und Pension.

— Dem Oberarzt des Archangelschen Reserve-Bataillons und Chef des Sanitätswesens bei den Truppen der örtlichen Brigade in Archangel Dr. Kosmowski ist der St. Stanislausorden I. Klasse verliehen worden.

— Professor Dr. Robert Koch, der, wie wir schon meldeten, an der Spitze der Deutschen Reichsexpedition zur Erforschung und Bekämpfung der Schlafkrankheit im April nach Deutsch-Ostafrika abreiste, ist mit seiner Gemahlin und den ihm attachierten Herren Prof. Dr. Max Beck vom Institut für Infektionskrankheiten und Sanitätsrat Dr. Libbertz im Usambaragebiet angelangt. Hier werden die Forscher, teils um sich zu akklimatisieren, teils um Vorstudien über die Lebensbedingungen und Ausrottungsmittel der Tsetse-Fliege zu machen, bis zum August aufhalten, worauf dann die Reise nach dem Kilimandscharo-Gebiet weitergeht.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) In St. Petersburg am 29. Mai einer der ältesten und hervorragendsten der noch lebenden ehemaligen Jünger der Dorpater Universität, der ordentliche Akademiker der Akademie der Wissenschaft Prof. Dr. Philipp Owssjanikow, im nahezu vollendeten 79. Lebensjahre. Er ist einer Lungenentzündung erlegen. Durch seinen Tod hat die russische wissenschaftliche akademische Welt einen herben Verlust erlitten. Der Verstorbene wurde am 14. Juni zu Petersburg geboren und erhielt hier eine vollkommen deutsche Schulbildung in der Petrischule, worauf er die damals deutsche Universität Dorpat bezog, um sich von 1848—1852 dem Studium der Medizin zu widmen. Nach Erlangung der Doktorwürde daselbst, wurde er Ordinator am 2. Militärhospital in St. Petersburg, folgte aber bereits 1858 einem Rufe an die Universität Kasan auf den Lehrstuhl der Physiologie. Im Jahre 1863 erfolgte seine Wahl zum Mitgliede

der Akademie der Wissenschaften, gleichzeitig ging er als Professor an die Petersburger Universität über, an welcher er bis 1892 Anatomie, Histologie und Embryologie las. Ausserdem fungierte er als beratendes Mitglied im Medizinalrat und war Ehrenmitglied vieler russischer und ausländischer gelehrten Gesellschaften. Seine zahlreichen wertvollen Arbeiten auf dem Gebiete der Physiologie, Embryologie und Ichtyologie sind in russischer oder deutscher Sprache erschienen. In deutscher Sprache veröffentlichte er z. B. seine Arbeit «Ueber den Einfluss des Vagus auf die Respiration» (in Virchows «Archiv»),, «Zur Histologie der Blutkörperchen», «Ueber die feinere Struktur des Kleinhirns der Fische» u. a. m., die allgemeine Anerkennung fanden. Aber nicht allein als Gelehrter, auch als Mensch erfreute sich der Verstorbene allgemeiner Wertschätzung. 2) Am 3. Juni zu Riga der Fabrikarzt Dr. Salomon Hirschberg im Alter von nahezu 45 Jahren. Der Hingeschiedene war zu Zabeln in Kurland als Sohn eines Kaufmanns geboren, erhielt seine Schulbildung im Alexander Gymnasium in Riga, worauf er ein Jahr in Kiew und von 1882—1887 in Dorpat Medizin studierte. Nach Erlangung des Arztgrades im Mai 1887 praktizierte er kurze Zeit in Kursk, dann von 1888—1890 im Kirchdorfe Ruduja im Gouvernement Mohilew. Seit 1890 fungierte er als Fabrik- und Armenarzt in Riga-Ilgezeem. 3) In St. Petersburg am 30. Mai nach langer Krankheit Dr. Michael Larionow im 57. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher fast 30. Jahre die ärztliche Praxis ausgeübt hat, war zuletzt Chef des Medizinalwesens im Quantunggebiet, musste aber schon vor mehreren Jahren wegen zunehmender Kränklichkeit die Stellung aufgeben. 4) Am 14. Mai in Kamenez-Podolsk der dortige städtische Sanitätsarzt Israel Bergmann im 50. Lebensjahre an einem organischen Herzfehler. Er hatte seine medizinische Ausbildung auf der Charkower Universität erhalten, welche er 1888 mit dem Arztgrade absolvierte. Seine praktische Tätigkeit begann er als freipraktizierender Arzt in Kamenez-Podolsk, trat aber i. J. 1892 während der dort herrschenden Choleraepidemie in den Dienst der Stadt als Sanitätsarzt. Vor mehr als einem Jahre entwickelte sich bei ihm ein organisches Herzleiden, das seinem Leben vorzeitig ein Ziel setzte. Der Verstorbene hat seine Wittwe mit einer noch unerzogenen Tochter ganz mittellos zurückgelassen.

— Der Ehrenhofmedikus Dr. Andreas Baikow, dessen am 21. Mai erfolgtes Ableben wir in der vorigen Nummer in Kürze meldeten, verdankte seine medizinische Ausbildung der mediko-chirurgischen Akademie, an welcher er 1868 den Arztgrad und ein Jahr später die Doktorwürde erlangte. Nach kurzem Dienst an einem hiesigen Militärhospital wurde er ausseretatmässiger Ordinator am Obuchowhospital, ging aber bereits 1872 zur Heilanstalt der Grossfürstin Maria Alexandrowna, Herzogin von Koburg-Gotha, über, wo er 30 Jahre hindurch Gehülfe des Direktors war und zugleich als Dozent für Chirurgie an der Feldscherinnenschule des Damen-Lazarettkomitees fungierte. Während des russisch-türkischen Krieges 1877—1878 leitete Dr. Baikow das Marine-Barakenlazarett der Grossfürstin in Korneschty (Bulgarien). Der Hingeschiedene galt als ein tüchtiger Chirurg und Gynäkologe und erfreute sich daher auch einer ausgebreiteten Privatpraxis. Im Jahre 1881 wurde er zum Ehrenhofmedikus ernannt und im vorigen Jahre erwählte ihn die chirurgische Pirogow-Gesellschaft zu ihrem Ehrenmitgliede.

Von Universitäten, med. Instituten und Kongressen.

— In der Sitzung der Odessaer medizinischen Fakultät am 24. Mai erfolgte, den «Odess. Nowosti» zufolge, die Wahl zur Besetzung des Lehrstuhls der therapeutischen Hospitalklinik. Von den zahlreichen Bewerbern erhielten die Privatdozenten Dr. N. Kabanow (Moskau) und Dr. G. Jawein (St. Petersb.) die meisten Stimmen; da jedoch die Zahl der Wahlstimmen für beide Kandidaten eine gleiche war, so muss eine nochmalige Wahl stattfinden.

(R. Wr.).

— Prof. Dr. Narath von der Universität Utrecht hat den Ruf als Nachfolger Prof. Czernys auf dem Lehrstuhl der Chirurgie und in der Direktion der chirurgischen Klinik der Universität Heidelberg angenommen. Prof. Narath der gegenwärtig im 41. Lebensjahre steht, ist ein geborener Wiener und war 1889—91 Prosektor der Anatomie an der Wiener Universität, dann Assistent bei Billroth und seinem Nachfolger Prof. Gussenbauer, bis er 1896 einem Rufe als ordentlicher Professor der Chirurgie an die holländische Universität Utrecht folgte.

— Der Direktor der psychiatrischen Klinik in Freiburg i. Br. Prof. Dr. Hoche hat den Ruf nach Strassburg, als Nachfolger Prof. Fürstners, abgelehnt.

— Der Privatdozent der Hygiene an der Universität Greifswald Prof. Dr. P. Uhlenhuth ist zum Leiter einer Abteilung im Deutschen Reichsgesundheitsamte berufen worden und wird in nächster Zeit nach Berlin übersiedeln.

— In diesem Jahre sollen keine Militärärzte zur weiteren Vervollkommnung der militär-medizinischen Akademie zukommandiert werden, da ein Mangel an Aerzten in der Armee sich fühlbar macht und eine grosse Zahl von Aerzten noch im Fernen Osten beschäftigt ist.

Standesangelegenheiten.

— In die Reichsduma ist in der letzten Mai-Woche vom Gouvernement Jelissawetpol Dr. Christoph Bagoturow in Schuscha gewählt worden, so dass jetzt 29 Aerzte der Reichsduma als Mitglieder angehören. Dr. Bagoturow ist erst vor Kurzem aus dem Orenburgschen Gouvernement zurückgekehrt, wohin er vom Generalgouverneur verbannt worden war.

— Dem Ordinator des jüdischen Hospitals in Wilna Dr. Z. Schabad, welcher auf 3 Jahre ins Archangelsche Gouvernement verbannt wurde, ist es gestattet worden ins Ausland überzusiedeln.

— Der Arzt der Nertschinskischen Bergwerke Dr. Sailwinski ist wegen politischer Umtriebe dem Kriegsgericht übergeben worden.

— Der freipraktizierende Arzt im Flecken Chorzele (Gouv. Plock), Franz Metchinski ist nach zweiwöchigem Arrest freigelassen worden.

— Der hiesige Arzt Dr. J. Kraindl, welcher bekanntlich von dem hier unerlaubte medizinische Praxis betreibenden Badmajew auf Verleumdung in der Presse verklagt worden war, weil Dr. Kraindl in den «Nowosti» erklärt hatte, dass der sich Dr. der tibetanischen Medizin nennende Badmajew ein gewöhnlicher Quacksalber sei und keine Berechtigung zur ärztlichen Praxis habe, dass die sog. tibetanische Medizin nach den Mitteilungen der Tibetreisenden eine ganz plumpe, unwissende Volksquacksalberei sei u. s. w., ist jetzt auch von der zweiten Instanz, dem St. Petersburger Gerichtshof, freigesprochen worden. — Es ist auffallend, dass Badmajew in gewohnter Weise weiter kuriert, obgleich die Residenz-Medizinalverwaltung, wie Dr. Kraindl mitteilte, schon im Jahre 1904 nach der ersten Verhandlung der Sache im Bezirksgericht die Polizei ersucht hat, von B. das schriftliche Versprechen abzunehmen, dass er sich mit ärztlicher Praxis nicht weiter befassen wird.

— Aerzteorganisation in Oesterreich. Aus Anlass des Streiks der niederösterreichischen Aerzte haben sich die Aerzte von elf österreichischen Kronländern provinzweise organisiert und zu einer Reichsorganisation zusammengeschlossen. Die 2800 Arzte Wiens waren anfänglich in der Reichsorganisation nicht vertreten, da ihre vor 6 Jahren gebildete Organisation durch den Austritt der antisemitischen Aerzte zerstört worden war. Den besonneneren Elementen in der Aerzteschaft ist es nun in den letzten Tagen gelungen, die Spaltung in der Wiener Aerzteschaft soweit zu beheben, dass eine neue allgemeine Aerzteorganisation gegründet werden kann, die politischen, nationalen und konfessionellen Momente beiseite, lässt und ausschliesslich die wirtschaftlichen Interessen im Auge hat. Die Wiener Aerzte werden sich dann der Reichsorganisation anschliessen.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Im September 1907, vom 10./23. bis zum 16./29., soll in Berlin der XIV. Kongress für Hygiene und Demographie stattfinden. Auf Initiative des Berliner Organisationskomitees ist in St. Petersburg ein Russisches Nationalkomitee gebildet worden, dessen Bestand der folgende ist: Vorsitzender Prof. G. W. Chlopin, Gehilfe des Vorsitzenden Dr. L. B. Berthenson; Chefs der Sektionen: der 1. (Mikrobiologie und Parasitologie) Prof. W. W. Podwyssotzki; der 2. (Nahrungshygiene und Physiologie) Prof. A. J. Danilewsky

und Prof. S. A. Przibytek; der 3. (Hygiene des Kindesalters und Schulhygiene) Prof. N. P. Gundobin; der 4. (professionelle Hygiene und Arbeiterwohlfahrt) Dr. L. B. Berthenson und Dr. D. P. Nikolsky, der 5. (Infektionskrankheiten) Prof. W. K. Anrep; der 6. (Wohnungshygiene und Hygiene des Massenverkehrs) Prof. S. W. Schidlowski; der 7. (Militär-, Colonial- und Marinehygiene) Dr. W. S. Kudrin und Dr. J. F. Raptschewsky. Ausserdem sind Dr. N. W. Speransky und Prof. A. A. Rajewsky dem Nationalkomitee als Mitglieder beigetreten und haben demselben ihre Mitwirkung zugesagt. Zu Sekretären des Komitees sind gewählt: Generalsekretär Dr. A. A. Wladimiroff, zweiter Sekretär Dr. D. P. Nikolsky.

— Eine internationale Konferenz für Krebsforschung wird im Anschluss an die Eröffnung des Instituts für Krebsforschung in Heidelberg vom 24.—27. September d. J. in Heidelberg und Frankfurt a/Main stattfinden. Die Einladungen hierzu ergehen von den Professoren Czerny (Heidelberg), Ehrlich (Frankfurt a/M.) und v. Leyden (Berlin). Prof. George Meyer (Berlin) fungiert als Generalsekretär.

— Anlässlich der vom 16.—22. September d. J. in Stuttgart stattfindenden 78. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte wird, wie in früheren Jahren, eine Ausstellung naturwissenschaftlicher und medizinischer Gegenstände stattfinden, welche auf Neuheiten beschränkt sein soll Anmeldungen sind an den Vorsitzenden des Ausstellungsausschusses, Oberstudienrat Dr. Lampert, Archivstrasse 3, zu richten.

— Eine Berliner Gesellschaft für Geschichte der Naturwissenschaften und Medizin ist neuerdings gegründet worden, die den Zweck gegenseitiger Belehrung und Anregung auf dem Gesammtgebiete der Naturwissenschaften und Medizin verfolgt. Sie schliesst sich in ihren Bestrebungen der grossen deutschen Gesellschaft gleichen Namens an. Zum ersten Vorsitzenden ist Prof. Pagel gewählt.

Verschiedene Mitteilungen.

— Die Einweihung des neuen Pathologischen Instituts der Berliner Universität hat in der vorigen Woche stattgefunden. Prof. Dr. Orth gab als Schüler und Nachfolger seines grossen Meisters einen Rückblick auf R. Virchows Tätigkeit. In dem Demonstrationsauditorium des Obduktionshauses schilderte dann Prof. Orth das Gelingen des grossen Werkes, das Virchow aus kleinen Anfängen vor hundert Semestern bis zur glänzenden Vollendung gebracht. Zur Feier der Eröffnung war eine Festschrift erschienen.

— In der psychiatrischen Heilanstalt des Dr. Bruchanski in Moskau verübte, wie die «Mosk. D. Ztg.» berichtet, die daselbst in Behandlung befindliche Kaufmannsfrau K. Selbstmord, indem sie sich im Wannenzimmer die Kehle mit einem Tischmesser durchschnitt. Die dejourierende Wärterin konnte ihrer Pflegebefohlenen das Messer nicht entziehen, da die K. ihr an Kräften überlegen war und ihr im Handgemenge mehrere Messerwunden beibrachte.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 27. Mai d. J. 10683 (132 mehr als in der Vorwoche), darunter 977 Typhus — (70 mehr), 997 Syphilis — (14 mehr), 339 Scharlach — (21 wen.), 190 Diphtherie — (16 mehr), 128 Masern — (2 wen.), und 30 Pockenkranke — (4 mehr als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 21. bis zum 27. Mai d. J. im ganzen 974 (535 M., 439 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 37, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 49, Scharlach 26, Diphtherie 24, Croup 0, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 38, Erysipelas 6, Grippe 4, Katarrhalische Lungenentzündung 120, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 18, Tuberkulose der Lungen 98, Tuberkulose anderer Organe 26, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 60, Marasmus senilis 27, Krankheiten des Verdauungskanals 156, Totgeborene 42.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. -Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **R. Wanach** in St. Petersb., Petb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 24 St. Petersburg, den 17. (30.) Juni. **1906.**

Ueber russische Buddhisten und die sogenannte tibetanische Medizin.

Von

Dr. Leo Berthenson,

ständigem Mitglied des Reichs-Medizinalrates.

Zu Ende Februar dieses Jahres kam im Reichs-Medizinalrate die Frage zur Verhandlung, betreffend die gesetzliche Einführung der tibetanischen Medizin im Gouvernement Irkutsk und Transbaikalien, welche von buddhistischen Volksstämmen bewohnt sind, sowie die Genehmigung der Eröffnung von Spezialschulen zur Ausbildung von Aerzten in der tibetanischen Medizin.

Im Auftrage des Reichs-Medizinalrates hatte ich in dieser Angelegenheit mein Gutachten abzugeben. In Anbetracht des besonderen Interesses, welches die aufgeworfene Frage gegenwärtig erweckt, halte ich es für angebracht, die Leser mit dieser Angelegenheit, sowie mit der erfolgten Resolution des Reichs-Medizinalrates bekannt zu machen.

Durch Allerhöchsten Befehl vom 18. Mai 1905 wurde eine Spezialkommission (Особое Совѣщаніе) unter dem Vorsitze des Generaladjutanten Grafen A. Ignatjew eingesetzt, welche die bestehenden Gesetze mit dem Allerhöchsten namentlichen Erlass vom 17. April 1905 über Glaubenssachen in Einklang zu bringen hatte.

An diese Kommission wurde von den Burjaten und Kalmücken, welche das Gouvernement Irkutsk und Transbaikalien bewohnen, folgendes Gesuch gerichtet:

1. «die Einführung der tibetanischen Medizin unter den buddhistischen Volksstämmen Russlands gesetzlich anzuerkennen»;

2. «die Eröffnung von Spezialschulen zur Ausbildung von Aerzten in der tibetanischen Medizin zu genehmigen»;

3. «die Einfuhr von Medikamenten aus dem Auslande zur Behandlung der leidenden Menschen nach dem tibetanischen System zuzulassen»;

4. «Maassregeln gegen Pseudo-Aerzte zu ergreifen, und das Volk vor den Erpressungen und der Habgier der einheimischen Aerzte durch Einführung einer Taxe für die Behandlung Kranker zu schützen».

Vor der Beratung über dieses Gesuch in der Spezialkommission legte der Direktor des Departements für geistliche Angelegenheiten ausländischer Konfessionen dem Reichs-Medizinalrate sein Gutachten über dasselbe zur Einsicht vor, in welchem er folgende Erwägungen zum Ausdruck brachte:

Die örtlichen administrativen Behörden bringen dem Bestreben der Buddhisten nach weiter Verbreitung der tibetanischen Medizin wenig Wohlwollen entgegen. Unter den offiziell nicht anführbaren Motiven zu einem abschlägigen Bescheid wird gewöhnlich darauf hingewiesen, dass die Lamas bei ihrer unentgeltlichen Behandlung weniger die Ausübung einer ärztlichen Praxis als eine Propaganda unter einzelnen Gruppen und ganzen Völkerschaften, welche noch nicht in dem einen oder andern Glauben gefestigt sind, im Auge haben. Diese Propaganda ist besonders unter dem christlichen Teile der Burjatenbevölkerung, sowie unter den Tungusen, welche noch im Heidentume verblieben sind, fühlbar.

Ohne die Richtigkeit solcher Angaben in Zweifel ziehen zu wollen, muss man die moralische Einbusse erwägen, welche die Regierung in den Augen der Bevölkerung dadurch erleidet, dass sie sich den Vorwurf zweckloser Repressalien zuzieht. Indem die Buddhisten die tibetanische Medizin, die gleichsam vom Urlehrer ihres Kultus ausgeht, der wissenschaftlichen Medizin vorziehen, könnten dieselben mit Recht glauben, die

Regierung beschränke ihre Gewissensfreiheit und die Freiheit der von Buddha gepredigten Mildtätigkeit. Zur Vermeidung derartiger Vorwürfe und zur Befriedigung der Bedürfnisse des Volkes, obwohl dieselben von den Forderungen der wissenschaftlichen Medizin abweichen, könnte die Einführung der sogenannten tibetanischen Medizin unter der Bevölkerung wohl möglich erscheinen, vorausgesetzt, dass gleichzeitig Schutzmaassregeln gegen Kurpfuscherei oder Erpressungen unter dem Deckmantel der Mildtätigkeit ergriffen werden, wie es ja die Buddhisten selbst wünschen.

Nach den einzelnen Punkten hat der Direktor des Departements für geistliche Angelegenheiten ausländischer Konfessionen sich folgendermaassen geäussert.

1. Ein Verbot der Ausübung tibetanischer Medizin unter der buddhistischen Bevölkerung erreicht seinen Zweck nicht, da dieselbe auch gegenwärtig unter den Buddhisten ausgeübt wird, und zwar im Geheimen, was nur zur Vermehrung der Pseudo-Aerzte, die sich von selbstischen Zielen leiten lassen, führt.

2. Die Buddhisten kommen um die Eröffnung von fünf medizinischen Schulen an den Dazanen (Klöstern) ein, wobei die letzteren auch die Mittel zur Erhaltung der Schulen liefern sollen. Die Zöglinge dürfen nicht auf Unterstützungen seitens des Volkes Anspruch machen. Als Dauer des Lehrkursus sind sieben Jahre in Aussicht genommen. An den Schulen sollen Prüfungskommissionen gebildet werden. Im Interesse des ökonomischen, wie des geistigen Lebens der Bevölkerung scheint es wünschenswert, dass in Ostsibirien für die gesamte Burjatenbevölkerung nicht mehr als zwei medizinische Schulen, und zwar ausserhalb der Bethäuser, und für die kalmückischen Stämme eine medizinische Schule, gleichfalls ausserhalb des Klosters, bewilligt werden.

3. Das Gesuch der Buddhisten um Einfuhr ausländischer Medikamente dürfte als vollkommen annehmbar bezeichnet werden, natürlich müssten alle damit verbundenen Maassnahmen denselben Gesetzen unterworfen werden, welche hinsichtlich der Einfuhr ausländischer Medikamente im allgemeinen gehandhabt werden.

4. Keinerlei Schutzmaassregeln gegen geldgierige Bestrebungen dürften auf gesetzgeberischem Wege ergriffen werden, da solche Maassregeln nicht zu wünschenswerten Resultaten führen.

Zum Schluss sagt der Direktor des Departements in seinem Gutachten folgendes:

Gemeiniglich pflegt man anzunehmen, ein jeder Lama verfüge nach der Ansicht der Buddhisten über medizinische Kenntnisse, und dürfe mithin das Recht erhalten, unbeschränkt unter der Bevölkerung zum Zwecke der Heilung Kranker zu wandeln. In Wirklichkeit steht es jedoch ganz anders. Die wohlgesinnten und einsichtsvollen Burjaten, welche um eine regelrechte Organisation der ärztlichen Kunst nach dem System der tibetanischen Medizin nachsuchen, bitten ihrerseits darum, a) dass es streng verboten werde, ohne die nötige Ausbildung, auf eigene Hand, um des Gewinnes willen und zur Ausbeutung der Volksmenge zu kurieren; b) dass es den Aerzten streng untersagt werde, für die Untersuchung der Kranken und für die Medikamente eine Zahlung zu verlangen, da die Gebote Buddha's solches verbieten; c) dass diejenigen Aerzte, welche aus der Medizin ein Handwerk machen und von den Armen ein Honorar fordern, aus dem ärztlichen Stande ausgestossen würden.

Daher erscheint es bis zur Organisation der Behandlung nach dem System der tibetanischen Medizin, um nicht dem Volke die Möglichkeit zu benehmen, sich je nach Wunsch mit den Mitteln dieser Medizin behandeln zu lassen, notwendig: a) nur diejenigen Personen als Aerzte anzuerkennen, welche die Prüfung vor der Kommission, bestehend aus drei Schiretujen und sechs Lamas unter dem Vorsitze des Chambo-Lamas (Prior des Lama-Klosters), bestehen und von dieser Kommission eine Bescheinigung über das Bestehen der Prüfung erhalten haben und b) nur Personen, welche ein solches Attestat besitzen, die freie Ausübung der Praxis unter der buddhistischen Bevölkerung zu gestatten.

In meinem Gutachten habe ich dem Reichs-Medizinalrate folgendes unterbreitet:

Um einen richtigen Beschluss in der vorliegenden Angelegenheit fassen zu können, ist es vor allen Dingen notwendig zu wissen, in welcher Lage sich die Burjaten und Kalmücken hinsichtlich der von der Regierung ihnen zur Disposition gestellten ärztlichen Hilfe befinden, und was die sogenannte tibetanische Medizin vorstellt.

Die Burjaten zählen im Ganzen gegen 270,000 Personen beiderlei Geschlechts: im Gouvernement Irkutsk finden sich gegen 100,000, in Transbaikalien gegen 170,000; im ganzen also 270,000 Personen beiderlei Geschlechts; unter diesen sind gegen 160,000 Lamaiten: von den übrig bleibenden 110,000 sind 75,000 Schamaniten und 35,000 orthodoxe Christen.

Diese zahlreiche Bevölkerung ist, wie wir aus den unten stehenden Daten ersehen werden, die mir vom H. Obermedizinalinspektor mitgeteilt worden sind, von seiten der Träger der wissenschaftlichen Medizin durchaus nicht genügend mit ärztlicher Hilfe versorgt, denn man kann diejenige ärztliche Hilfe nicht für genügend erachten, welche die Aerzte und Feldscher der medizinischen Bezirke liefern, die wie Oasen im Irkutskischen Gouvernement und Transbaikalien verstreut sind.

Im Gouvernement Irkutsk befinden sich auf einem Flächenraume von ca. 638,198 Quadratwerst 19 medizinische Bezirke, wobei die Entfernung der Bezirksgrenzen vom Wohnorte des Arztes meistenteils eine sehr bedeutende ist. In einigen Bezirken übersteigt der kürzeste Abstand 100 Werst (1. Bezirk des Kirenskischen Kreises — 112 Werst, 2. Bezirk desselben Kreises — 120 Werst, 4. Bezirk des Nishneudinskischen Kreises — 136 Werst; 3. und 4. Bezirk des Kirenskischen Kreises — 150 Werst); der längste Abstand erreicht sogar 500 Werst (2. Bezirk des Kirenskischen Kreises).

In Transbaikalien befinden sich auf einem Flächenraume von 538,890 Quadratwerst 15 medizinische Bezirke mit annähernd denselben Entfernungen der Wohnorte der Aerzte (in einem Bezirke beträgt übrigens die längste Entfernung sogar 900 Werst).

Fügt man dem Gesagten noch hinzu, dass die Bezirksärzte, welchen nicht nur kurative, sondern zugleich gerichtlich-medizinische Pflichten obliegen, nicht das Vertrauen der Burjaten und Kalmücken geniessen, so wird es einleuchten, dass im Gouvernement Irkutsk, wie in Transbaikalien die tibetanische Medizin Anwendung fin

den muss, da dieselbe von der Bevölkerung vor allem schon mit dem Buddhismus eng verknüpft wird.

Die ärztliche Behandlung befindet sich bei den Buddhisten bekanntlich in den Händen der Lamas, Personen, welche Mönchsgelübde abgelegt haben, als Stellvertreter Buddha's auf Erden grosse Achtung geniessen und das Recht besitzen, jederlei Zweifel des Gläubigen zu entscheiden und ihn auf den Weg der Wahrheit zu führen. Die Lamas sind als Prediger der Sittlichkeitsprinzipien zugleich auch Träger der ärztlichen Ethik, welche in der tibetanischen Medizin auf sehr hoher Stufe steht, und der gemäss vor allem die ärztliche Hilfe unentgeltlich ist.

In Ergänzung des Gesagten dürfte es nützlich sein, mit den Grundzügen der tibetanischen Medizin bekannt zu machen.

Diese Medizin nimmt ihren Ursprung von der indischen Medizin, welche um das Jahr 685 nach Chr. Geb. nach Tibet eingedrungen ist, und stellt eine buddhistische Modifikation der indischen Medizin dar. Die buddhistische Medizin aber ist nichts anderes, als ein Bruchstück der brahmanischen. Obgleich der Buddhismus, sagt Wise in seiner bekannten Geschichte der Medizin (Th. A. Wise, Review of the history of Medicine. London—Calcutta, 1867), die Schranken zerstört hat, welche die Kasten und die Völker trennten, und die Lehre vom Mitleide gegen alle, insbesondere gegen Arme, Schwache und Kranke, Liebe zur Menschheit, zu den Sklaven, Erleichterung der Leiden eines jeden aufbrachte und vorzüglich eingerichtete Asyle nicht nur für arme, verkrüppelte und leidende Menschen, sondern sogar für alte und kranke Tiere ins Leben rief, so hat derselbe dennoch auf die Entwicklung der Wissenschaft keinen merklichen Einfluss ausgeübt. Die ersten medizinischen Schriften in tibetanischer Sprache erschienen um das Jahr 685 nach Chr. Geb. Das Buch „Schud-Schi", welches zur Zeit des Buddha Sakya Muni („des vierten Buddha in menschlicher Gestalt") geschrieben worden war, wurde mit einigen Veränderungen als Handbuch für praktische Aerzte vom Arzte Jutog-By II herausgegeben, welcher nach der Meinung des bekannten Orientforschers Akademiker Wassiljew im Jahre 786 nach Chr. Geb. geboren war und in seinem 125. Lebensjahre starb. Die Schule Jutog-By's des II. blühte bis zu Ende des 17 Jahrhunderts. Zu Anfang des 18. Jahrhunderts begannen die Lama-Aerzte sich unter den Burjaten auszubreiten. Die burjatischen Lamas übersetzten das Handbuch „Schud-Schi" ins Mongolisch-burjatische, um dasselbe dem allgemeinen Verständnisse zugänglich zu machen.

Eine dieser Uebersetzungen mit Komentarien stammt von Sultim-Badmajew[1]).

Eine russische Uebersetzung ist zuerst vom jüngeren Badmajew (P. A.), dem bekannten St. Petersburger Heilkünstler, angefertigt und in St. Petersburg unter dem hochklingenden Namen „Haupt-Handbuch der medizinischen Wissenschaft Tibets Schud-Schi" herausgegeben worden.

Bereits vor dem Erscheinen dieser Uebersetzung des Buches „Schud-Schi" war aus dem oben zitierten Werke Wise's über die Medizin der Bewohner Tibets bekannt, dass die Schüler der medizinischen Schule in Begleitung ihres Lehrers ins Gebirge ziehen, um Arzeneipflanzen zu sammeln, dass einige tibetanische Aerzte, um die Krankheit zu diagnostizieren, den Puls gleichzeitig an beiden Händen palpieren und den Harn zu verschiedenen Stunden des Tages und der Nacht sorgfältig untersuchen. In der Behandlung der Kranken sind die tibetanischen Aerzte nach Wise's Meinung Empiriker, welche über einige wertvolle Heilmittel verfügen, die sie mit grosser Kunstfertigkeit zusammenstellen; daneben aber werden die Heilmittel von ihnen oftmals falsch zubereitet, und sie behandeln unter Zuhilfenahme von Manipulationen, die auf Charlatanerie, Aberglauben und selbst Zauberei beruhen.

Der „Schud-Schi" in der neuen Uebersetzung Badmajew's liefert ein reiches Material zur Charakterisierung der ärztlichen Wissenschaft Tibets, oder richtiger gesagt, zur Gewinnung der Ueberzeugung, dass es ein vergebliches Bemühen wäre, im genannten Werke eine wirkliche „Wissenschaft", selbst in bescheidenem Sinne des Wortes, zu suchen. Wir können es uns ersparen, Beweise für die Unzulänglichkeit der tibetanischen Medizin anzuführen, welche sich noch heute fast auf derselben Entwicklungsstufe befindet, wie vor 12 Jahrhunderten, doch dürfte es trotzdem angebracht sein darauf hinzuweisen, dass die buddhistische Medizin, neben unglaublichen und zahlreichen Absurditäten nicht wenig Interessantes und Sinnreiches enthält.

Im Buche „Schud-Schi", in welchem augenscheinlich ausser der oben erwähnten Lehre „Sakya-Muni" noch manches Aufnahme gefunden hat, was dem 5. Teile der buddhistischen Enzyklopaedie „Stan-Gyur" (das ganze Werk besteht aus 225 Teilen) entlehnt ist, enthält Daten der Embryologie, der Anatomie, der Physiologie und der Pathologie, sowie auch Angaben zur Diagnose und Prognose der Krankheiten. Daselbst findet sich ausserdem eine Aufzählung zahlreicher Heilmittel aus den drei Naturreichen, wobei bemerkt wird, dass die Anhänger des „Schud-Schi" ausschliesslich mit pflanzlichen Mitteln kurieren. Im genannten Buche wird ferner erwähnt, dass zu den äusseren Mitteln zur Heilung verschiedener Störungen, sowie zur Beruhigung gerechnet werden. Kompressen, Bäder, Einreibungen, Massage, Aderlasse, Kauterisationen, Abtrennung, Exstirpation und Amputation. Schliesslich wird erwähnt, dass die tibetanischen Aerzte für chirurgische Operationen verschiedene Instrumente besitzen: Sonden, Apparate zum Ablassen von Exsudaten, zur Entfernung von Fremdkörpern, Katheter, Instrumente für Zahnoperationen sowie zum Operieren des Staares, zur Abnahme der toten Frucht, für Nährklysmen u. a.

Wie in der indischen Wissenschaft, wird auch in der tibetanischen die Medizin als Baumstamm mit endlosen

[1]) Der burjatische Lama Sultim-Badmajew, nach seiner Taufe Alexander Badmajew genannt (welcher vom Grafen Murawjew-Amurski aus Transbaikalien nach St. Petersburg mitgebracht worden war) reichte im Jahre 1860 auf Allerhöchsten Namen eine Petition um Gewährung des Rechtes der Ausübung ärztlicher Praxis ein, in welcher er unter anderem darum ansuchte, dass das mongolische Arzeneibuch «Durben-Undussun» ins Russische übersetzt würde. Ueber dieses Arzeneibuch, welches, wie es scheint eine Wiederholung dessen enthält, was im «Schud-Schi» steht, hat sich das Militär-Medizinaldepartement folgendermassen geäussert: «In Anbetracht dessen, dass die Uebersetzung und der Verlag des ganzen umfangreichen Werkes, dessen erster Band allein 400 Bogen stark ist, einen sehr grossen Kostenaufwand erfordern würde, sowie ferner, dass diese Ausgabe zu dem Zwecke unternommen würde, um die Aerzte mit dem bisher in Europa wenig bekannten Stande der ärztlichen Wissenschaft unter den orientalischen Völkern bekannt zu machen, und dass dieselbe daher eine wichtige wissenschaftliche Acquisition nicht nur für die Militär-Medizin allein. sondern überhaupt für die gesamte wissenschaftliche Welt bedeuten würde, wäre es wünschenswert, beim Minister der Volksaufklärung darum nachzusuchen, ob er es nicht für möglich halte, das Buch auf Rechnung des ihm unterstellten Ministeriums herauszugeben (s. W. P. Kolodesnikow, zur Geschichte der Behandlung im Nikolai-Militärhospital in den 50. Jahren seines Bestehens; Arbeiten der Aerzte des St. Petersburger Nikolai-Militärhospitals, 1890, Bd. I, p. 358; russisch). Eine Uebersetzung dieses mongolischen Arzeneibuches ist jedoch trotz der so schmeichelhaften Attestation des Militär-Medizinaldepartements auf Kosten der Regierung nicht herausgegeben worden.

Verzweigungen abgebildet. In dieser allegorischen Form, als einzelne Baumstämme, sind die Lehren vom gesunden und kranken Menschen, die Vorschriften zum Diagnostizieren der Krankheiten, zur Ernährung und Pflege der Kranken, sowie die Kenntnisse über medikamentöse und chirurgische Hilfeleistungen geschildert. Ziemlich bestimmte und genaue, wenn auch häufig phantastische Angaben bringt das tibetanische Handbuch in der Embryologie, so ist in demselben beschrieben, welche Form die Frucht zu den verschiedenen Zeiten annimmt, und zu welcher Zeit die einzelnen Körperteile gebildet werden [2]).

Eigenartig sind die Daten aus der Anatomie, bei denen die Bestimmung der Zahl der Organe eine grosse Rolle spielt. Der Körper wird nach dem „Schud-Schi" in Gebiete eingeteilt, welche durch das Knochensystem, die Muskeln, Nerven, Blutgefässe in Verbindung stehen und feste sowie hohle Organe enthalten. Die Zahl der Knochen beläuft sich auf 360, der Nerven auf 900, der Gelenke auf 270, der Hautporen auf 11 Millionen u. s. w. Das Herz wird „König der Organe, Stütze des Lebens, Stütze des Lebensalters" genannt; dasselbe wird von den grossen Lungenlappen umschlungen, welche es halten, „wie eine Mutter ihr Kind in den Armen hält". Die Leber ist gleich einem Berge mit spitzen Gipfeln". Der Magen ist gleich einem Kessel zum Kochen der Speisen und hat die Gestalt eines Rettigs mit vier Falten". „Die Gallenblase ist gleich einem Beutel voll Gold, der der Leber angehängt ist" u. s. w.

Für die Ursachen der Krankheiten halten die Buddhisten das Unvermögen „seine Leidenschaften zu zügeln, sowie auch Bosheit, Unwissenheit im allgemeinen und Unkenntnis der medizinischen Wissenschaft im besondern". Aus dem Unvermögen seine Leidenschaften zu zügeln, resultieren Störungen in der Ernährung der Organe, Gewebe und Partikelchen, welche das Gleichgewicht der Lebenswärme im Organismus aufrecht erhalten". „Dem Mangel an wahrer Güte entspringen Störungen in der Ernährung des Zirkulationssystems und vor allem des Herzens und der Leber". „Aus der Unkenntnis der Lebensbedingungen entstehen sämtliche Störungen in der Ernährung der schleimigen und epithelialen Gewebe (in der Sprache der europäischen Aerzte, sagt der Kommentator P. A. Badmajew, heisst das die katarrhalischen Erkältungskrankheiten). Vier Bedingungen stärken oder schwächen den Einfluss der Krankheitsursachen: die Lebensweise, Speise und Trank, die Jahreszeiten und die individuelle Empfänglichkeit".

Die Diagnose der Krankheiten wird gestellt durch Besichtigung, Palpation und richtiges Ausfragen. Durch Besichtigung der Zunge und des Harnes und durch Palpieren des Pulses werden sehr viele pathologische Symptome bestimmt. Der Harn wird auch auf den Geschmack hin geprüft, auf diesem Wege wird zum Beispiel Diabetes festgestellt.

Für die Krankheiten existiert eine überaus umfangreiche Klassifikation, ebenfalls in der Gestalt eines Baumes mit zahlreichen Verzweigungen. Die wichtigsten pathologischen Prozesse gruppieren sich um folgende Bestandteile des Körpers: Blut, Chylus, Muskeln, Fettgewebe, Knochen, Knochenmark, Nerven, Samen und Menstrualblut, endlich im Körper enthaltene Luft, Galle und Schleim. Es finden sich Beschreibungen einzelner Krankheiten, wie Podagra, Cholera, Rose, Pocken u. a.

Ich will mich nicht bei der tibetanischen medikamentösen Behandlung aufhalten, welche von einer Wissenschaft weit entfernt ist, sondern nur erwähnen, das der Lebensweise und der Diät in der Therapie der Ehrenplatz angewiesen ist. Dieses erklärt sich aus der buddhistischen Etik, welche Enthaltsamkeit in Speise und Trank, Keuschheit und Sauberkeit des Körpers predigt. Ein „vernünftiges Leben" wird von der tibetanischen Wissenschaft allen Menschen, insbesondere Kranken, angeraten. Was aber ist ein „vernünftiges Leben"? Nach dem „Schud-Schi" das Verhältnis, Geist und Körper in Sauberkeit zu erhalten und sich vor jeglichem Uebermaass zu hüten, da dasselbe das Wohlbefinden des Geistes und Körpers stört". Die tibetanische medizinische Wissenschaft empfiehlt physische Arbeit, körperliche Uebungen, welche dann zweckmässig sind, wenn sie im Freien vorgenommen werden; daher wird unter allen Arten der physischen Arbeit der erste Platz der Landwirtschaft eingeräumt.

Um mit dem Buche „Schud-Schi" abzuschliessen muss ich noch erwähnen, dass der interessanteste, vielleicht sogar lehrreichste Teil desselben der Abschnitt über die Aerzte, Therapeuten und Chirurgen ist, welcher seinerseits in 6 Teile zerfällt. In demselben ist unter anderem von den Traditionen der Aerzte, ihren Kenntnissen und Pflichten die Rede.

An den Arzt werden mannigfache Anforderungen gestellt, darunter: er muss für die ärztliche Praxis vollkommen fähig sein, human sein, seine Pflichten kennen, den Kranken angenehm sein, dieselben nicht durch seinen Umgang abstossen, eifrig und mit den Wissenschaften vertraut sein.

Aerzte, die ihre Pflichten verstehen, müssen: ihre medizinischen Instrumente so rein halten wie ihren Gedanken und ihr Siegel; die Leidenden kurieren; die Besessenen heilen; die Aengstlichen beruhigen. Das Glück des Arztes muss in der Pflichterfüllung liegen. Die Aerzte sollen den Kranken angenehm sein und dieselben weder durch ihre Handlungen, noch durch ihre Reden und Gedanken abstossen. Sie sollen eingedenk sein, dass die Arzenei ein Kleinod ist, ein Nektar, mit dem man jeden Kranken heilen kann. Die geringsten Teilchen einer Arzenei sollen ein Gegenstand der Verehrung seitens der Aerzte sein. Im Besitze dieser Kleinodien soll der Arzt dieselben hüten und die Medizinen pünktlich aus ihnen zusammenstellen; die Behälter für dieselben müssen so rein gehalten werden, wie eine Schale für Nektar".

„Die Aerzte bedürfen einer zarten und geschickten Hand, die Therapeuten—bei den Untersuchungen, die Chirurgen—bei den Operationen. Durch angenehme Rede sollen die Aerzte die Kranken beruhigen; sie müssen geistreich, aufrichtig und verständlich sein. Aerzte, die solche Eigenschaften besitzen, werden stets die Zuneigung und das Vertrauen der Kranken geniessen".

„Die Aerzte müssen eifrig in ihrer Tätigkeit sein. Sie müssen unablässig für ihre Ausbildung, sowie dafür sorgen, dass ihre Tätigkeit nicht fruchtlos sei".

[2]) Es sei hier ein interessantes Fragment der embryologischen Wissenschaft der Buddhisten wiedergegeben: «In der 3. Woche nimmt der menschliche Embryo die Gestalt eines Koagulums von grauer Farbe an, ähnlich gut durchgegohrener Sauermilch. Gerade zu dieser Zeit, solange der Prozess der Ausbildung des einen oder anderen Geschlechts noch nicht vor sich gegangen ist, müssen diejenigen, die Kinder männlichen Geschlechts erwünschen, solche Maassregeln anwenden, welche imstande sind, die Schwangere zur Konzentrierung all ihrer Gedanken auf Kinder des gewünschten Geschlechts zu veranlassen; zu diesem Behufe ist der künftigen Mutter anzuraten, falls sie einen Knaben wünscht, Abbildungen schöner und anmutiger Kinder männlichen Geschlechts bei sich zu tragen, mit aller Mühe beständig an dieselben zu denken und überhaupt nach Möglichkeit sich mit Kindern männlichen Geschlechts zu umgeben, und vice versa». Noch kurioser ist das hierauf bezügliche Kommentar des Übersetzers des «Schud-Schi» P. A. Badmajew. Er sagt folgendes: «ein solcher Rat hat einen genau wissenschaftlichen Boden unter sich, denn viele Lebensprozesse stehen unter dem Einflusse des sechsten Sinnes, des Gefühls der völligen (physischen oder geistigen) Befriedigung, welche von der Individualität abhängt und das Resultat der ersten fünf Sinne bildet.

„Schliesslich können solche Aerzte, die ihre Pflichten kennen, die Grundzüge der Medizin und Chirurgie mit Vollkommenheit beherrschen, über weitgehende therapeutische Kenntnisse verfügen, keinen Leidenschaften unterworfen sind, für die Leidenden wahres Mitgefühl besitzen, um andere so besorgt sind wie um sich selbst, und bei der Erfüllung ihrer Pflichten keine Unsicherheit zeigen, als ihres Berufes würdig anerkannt werden".

„Besondere Pflichten der Aerzte. In ihren wissenschaftlichen Arbeiten sollen die Aerzte sich an eine mittlere kritische Ansicht halten und unbedingt die beiden äussersten und falschen Ansichten vermeiden. Die kritische mittlere Ansicht ist die beste. Die Aerzte sollen in ihrem Verhalten zur Menschheit Liebe und Mitgefühl bezeugen, allen Freude bringen, alle für gleich erachten, des Hasses, der Bosheit, der Rache, der Nachlässigkeit, der Lüge, überhaupt aller schlechten Handlungen sich enthalten. Sie sollen im Gegenteil eifrig, geduldig und mildtätig sein".

„Für ihre Tätigkeit auf Erden geniessen die Aerzte billigerweise Leben und Unterhalt dank ihren Kenntnissen in der Medizin. An das Honorar für seine Arbeit zu erinnern ist nur dann statthaft, wenn wirkliches Bedürfnis nach Mitteln vorhanden ist. Nur muss man sich merken, dass die Patienten, wenn viel Zeit nach der Wiederherstellung ihrer gestörten Gesundheit verflossen ist, gewöhnlich den Nutzen, den ihnen der Arzt gebracht hat, zu vergessen pflegen".

Wenden wir uns nach diesem Abrisse der tibetanischen Medizin wieder zum Gesuche um die gesetzliche Einführung derselben unter den buddhistischen Volksstämmen Russlands.

Bezüglich des oben angeführten Gutachtens des Direktors des Departaments für geistliche Angelegenheiten ausländischer Konfessionen bin ich meinerseits der Ansicht, dass wir mit diesem Gutachten nur in dem einen Teile übereinstimmen können, in welchem von der „Nutzlosigkeit etwaiger Repressalien, die nur dem Ansehen der Regierung Schaden bringen können", die Rede ist. Was jedoch die „gesetzliche Einführung der tibetanischen Medizin, sowie die Ergreifung von Schutzmassregeln gegen Kurpfuscherei und Erpressungen unter dem Deckmantel der Mildtätigkeit" betrifft, so können wir uns hiermit keinenfalls einverstanden erklären, und zwar aus folgenden Gründen:

Der tibetanischen Medizin, welche nichts anderes ist als ein Gemisch von einer rudimentären, archäischen Wissenschaft und Unwissenheit samt Aberglauben, staatliche Rechte zu verleihen, ist natürlich nicht möglich; aus demselben Grunde geziemt es der Regierung nicht die Organisation von tibetanisch-medizinischen Schulen zu legalisieren. Anderseits können allerdings Repressalien nicht gerechtfertigt werden, am wenigsten jetzt, wo Verbotsmaassregeln seitens der Regierung dem Geiste des Allerhöchsten Manifestes vom 17. April 1905 widersprechen würden, weil die ärztliche Hilfe nach der tibetanischen Wissenschaft in engem und unlösbarem Zusammenhange mit der Religion der Lamaiten steht. Der Proselytismus, welcher nach der Aussage des Departements für geistliche Angelegenheiten in einzelnen Fällen aus der Tätigkeit der Lamas hervorgehen soll, kann gegenwärtig, angesichts der von der Höhe des Trones herab verkündeten Gewissensfreiheit, keine Bedeutung haben, um so mehr, da die medizinierenden Lamas, die die Gebote des Buddhismus streng beobachten, als Prediger der Tugend und Sittenreinheit auftreten. Aber abgesehen davon bedarf die ärztliche Tätigkeit der Lamas schon deshalb keiner gesetzlichen Bestimmung, weil der buddhistischen Lehre gemäss die ärztliche Hilfe eine unentgeltliche sein muss und in diesem Umstande ihre Existenzberechtigung liegt, da es ja nach unserem Gesetz jedermann, auch wenn er nicht Arzt ist, frei steht unentgeltlich zu kurieren.

Wenn demnach kein Grund vorhanden ist, den Lamas ihre ärztliche Tätigkeit zu verbieten, so ist ebensowenig Grund vorhanden, «Schutzmaassregeln gegen Pseudo-Aerzte» zu ergreifen, um so mehr da sämtliche Aerzte, die nach der tibetanischen Medizin behandeln, dem Sinne der russischen Gesetze nach, selbst nichts anderes sein können, als Pseudo-Aerzte.

Auf Grund des Gesagten bleibt uns nur übrig anzuerkennen, dass die Regierung die tibetanische Medizin weder gesetzlich zu befestigen, noch auf gesetzlichem Wege zu normieren braucht; die Regelung der von den Lamas ausgeübten ärztlichen Tätigkeit und eventuell sogar die Eröffnung medizinischer Schulen mag vollständig der Selbstverwaltung der Burjaten und Kalmücken überlassen werden. Der Regierung, d. h. ihren Polizeiorganen, könnte nur die Aufgabe zufallen «Erpressungen unter dem Deckmantel der Mildtätigkeit zu verhüten und abzuschaffen». Ausser dieser speziellen Aufgabe muss in den von Buddhisten bevölkerten Teilen des Reiches der Regierung selbstverständlich noch die Pflicht obliegen, jegliche Maassregeln zu ergreifen, vor allen Dingen zur Verbreitung von Bildung und Kultur überhaupt, dann aber zu einer solchen Organisation des Medizinalwesens, welche ohne äusseren Druck zum Siege der wissenschaftlichen Medizin über die buddhistische führen könnte.

Mit dieser meiner Ansicht erklärte sich der Reichs-Medizinalrat einverstanden, worüber derselbe dem Departement für geistliche Angelegenheiten ausländischer Konfessionen Mitteilung zu machen verfügte.

Ausserdem erachtete der Reichs-Medizinalrat es für wünschenswert, dass zwecks Aufklärung der von Buddhisten bevölkerten Teile Russlands und Einführung und Verbreitung der wissenschaftlichen Medizin unter denselben, aus der Zahl der Burjaten und Kalmücken die am meisten befähigten jungen Leute, welche Medizin zu studieren wünschen, an die medizinischen Fakultäten der Universitäten, oder an die Militär-Medizinische Akademie entsandt würden, wo sie in Anbetracht der staatlichen Bedeutung dieser Maassnahme, ihre Ausbildung auf Staatskosten erhalten müssten.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

L. Pincus: Atmokausis und Zestokausis. Die Behandlung mit hochgespanntem Wasserdampf in der Gynaekologie. — Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1906. Zweite Auflage

Vorliegendes Werk ist bei dem Erscheinen seiner ersten Auflage an dieser Stelle ausführlich besprochen worden. Daher sei auf eine genaue Wiedergabe verzichtet. Seit dem Erscheinen der ersten Auflage hat die Behandlung gewisser Uterusaffektionen mit hochgespanntem Wasserdampf mittels eigen dazu konstruiertem Apparat immer weitere Verbreitung und zahlreiche Anhänger gefunden, wenn es auch an Angriffen von gegnerischer Seite nicht gefehlt hat.

Wer sich über die Technik der Atmokausis uteri, die Indikationen und Kontraindikationen instruieren will, findet hier Belehrung und Anleitung.

Lingen.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau.

Sitzung vom 1. Dezember 1905.

1. Ischreyt demonstriert einen Fall von Pneumokokkenulkus der Kornea, der mit subkutanen Injektionen von Römer'schem Serum geheilt wurde. Der 70-jährige Patient erkrankte 8 Tage, bevor er die ärztliche Hülfe in Anspruch nahm. Am 7. November fand sich im Zentrum der rechten Kornea ein mehrere Millimeter grosses Ulkus mit progredientem Rand. Im Ausstrichpräparat Pneumokokken. Trotz der üblichen Behandlungsmethode (Atropin, Dionin, warme Umschläge) schreitet das Ulkus fort und zeigt am 9. November oben einen frisch infiltrierten bogenförmigen Rand; zugleich besteht ein Hypopyon. Subkut. Injektion von 3 ccm. Pneumokokkenserum und Einträufelung in den Konjunktivalsack. Am 10. November ist der bogenförmige Ulkusrand z. Teil gereinigt, das primäre Infiltrat und das Hypopyon sind aber grösser. Injektion von 3 ccm. Serum. Am 11. November ist der Infiltrationsbogen ganz verschwunden, das primäre Infiltrat und das Hypopyon sind kleiner geworden. Unter täglichen Einträufelungen von Serum schreitet die Ausheilung rasch fort und führt zur Bildung einer ziemlich durchsichtigen Fazette. Das Ulkus reagiert so prompt auf die Injektionen, dass an einer günstigen Beeinflussung durch das Serum nicht gezweifelt werden kann.

2. von Grot demonstriert ein Ovarialkystom.

Tumor reichlich 2 Mannskopf gross, ist durch das Liegen stark geschrumpft. Tumor mehrkammerig zeigt an der Innenseite das Aussehen eines Papilloms. Interessant ist der dem Tumor mit seiner halben Länge, gerechnet von der Spitze, fest adhaerente Appendix. Dieser ca. 13 cm. lang über Federkiel dick und stark injiziert, besonders an seinem adhaerenten Teil; aufgeschnitten an der Schleimhaut einzelne Blutpunkte. Die Frage, ob die Beschwerden der Pat. nur allein auf den Tumor, dessen Vorhandensein Pat. nicht geahnt hat, zurückzuführen sind, oder ob nicht auch der erkrankte Appendix seinen Teil dazu beigetragen hat, muss offengelassen werden. Die Beschwerden der 50-jährigen Patienten bestanden in vorübergehenden Schmerzen im Abdomen und Atemnot beim Liegen. Die Pat. selbst konnte, da es erst 1 Woche nach der Op. war noch nicht vorgestellt werden. Ausser diesem rechtsseitigen Tumor wurde noch ein von den linken Adnexen ausgehendes mannskopfgrosses Kystom entfernt, so wie ein dem Fundus uteri aufsitzendes subseröses kleines Myom.

(Autoreferat).

3. von Grot berichtet über einen Fall von Dünndarmvolvulus.

Im Frühjahr 1904 erkrankte Pat. an einem Magenulkus, welches alsbald ausgeheilt ist. Nachgeblieben waren jedoch eine Reihe von Beschwerden, welche sich in der Folge immer mehr steigerten. Druckgefühl in der Magengegend, häufiges Aufstossen, zuletzt renitentes Erbrechen.

Im August 1904 wurde Pat. in Berlin op. Die vorhandene gutartige Pylorusstenose, wurde durch eine Gastroenteroanastomose ausgeschaltet. Da diese jedoch nicht funktionierte, wurde 14 Tage später, des eingetretenen Circulus wegen, zwischen den beiden Darmschenkeln eine Entero-enteroanastomose hinzugefügt. Nun blieben die Beschwerden aus und die tamponiert gewesene Wunde heilte sehr langsam fest. Anfang Januar 1905 war Pat. völlig geheilt. Abgesehen von ganz vorübergehenden gelinden Schmerzen im Epigastrium blieb Pat. bis gegen Ende Oktober 1905 gesund. Da stellt sich ganz plötzlich am Morgen den 22. Oktober 1905 im Epigastrium ein heftiger Schmerz ein. Ausser einer Druckempfindlichkeit daselbst, liess sich nichts abnormes konstatieren, kein Blutbrechen, Stuhl und Flatus waren gewesen. Einige Stunden nachher habe dieser Schmerz nachgelassen und Pat. fühlte sich bereits gesund, als gegen Abend desselben Tages ein wütender Schmerz in der Ileocoecalgegend auftrat. Der palpatorische Befund des Abdomens war völlig negativ. Am Morgen des folgenden Tages war wiederholt Erbrechen aufgetreten, völliges Fehlen von Flatus und Stuhl. Ileocoecalgegend schmerzhaft, daselbst eine sich tetanisch steifende Darmschlinge. Zwergtellhochstand. Operation. Nach Eröffnung des Abdomens durch Medianschnitt, liegt stark geblähter Dünndarm vor. Nach Eventration der Dünndarmschlingen kommt völlig collabierter, Hundedarm ähnlicher Dünndarm zum Vorschein. Dieser collabierte Darm gehört dem oberen Teil der Ileum an, und fühlt man an der Stelle wo der kollabierte Darm beginnt einen wallnussgrossen Tumor. Beim Auseinanderfalten der Darmschlingen zeigt es sich nun, dass sich eine Jejunumschlinge um die Axe gedreht hat und dass sich vor der Drehungsstelle im Darm ein Murphiknopf befindet. Die Drehung über 180°. Nach Retorsion der Schlinge füllte sich sofort der kollabierte Darm und der Murphiknopf war auch nach unten zu völlig frei im Darm beweglich. Entfernung des Murphiknopfes durch Enterotomie, Schluss der Enterotomiestelle und Schluss des Abdomens durch 2-etagige Naht. Die Gastroenteroanastomose zu Gesicht zu bekommen gelang nicht, breiter flächenhafter Adhaesionen wegen. Von der Entero-Enteroanastomose konnte man aus dem gleichen Grund nur den unteren Teil sehen. Der Verlauf war reaktionslos und ist Pat. jetzt völlig beschwerdefrei.

Nachträglich gab der Pat. an, dass ihm bei der 2. Operation (Entero-Enteroanastomose) Prof. Rotter mitgeteilt, dass ein Murphiknopf angelegt worden sei.

Somit ist der Murphiknopf über 1 Jahr an seiner Applikationsstelle gewesen. Die zuerst im Epigastrium aufgetretenen Schmerzen müssen wohl durch das sich Ablösen des Murphiknopfes bedingt gewesen sein und die sich später entwickelt habende Torsion der Darmschlinge hat die Schmerzen in der Ileocoekalgegend hervorgerufen. Wie weit der Murphiknopf am Zustandekommen der Torsion schuld ist, und ob ihm überhaupt im vorliegenden Falle eine Rolle zugesprochen werden kann, bedarf der Beweisführung.

Praeses: Prissmann.

Sekretär: Ischreyt.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der bekannte Physiologe Professor Dr. Paul v. Grützner in Tübingen beging vor kurzem sein 25-jähriges Jubiläum als Universitätsprofessor.

— Der Senior der medizinischen Fakultät in Marburg, Professor der speziellen Pathologie und Therapie Dr, Emil Mannkopf, feierte am 5. Juni n. St. den 70. Geburtstag.

— Vor kurzem vollendeten sich 25 Jahre der sommerlichen Praxis des Rigaschen Arztes Dr. Fr. Berg im Badeorte Kemmern. Von 1881—1891 war er auch Direktor dieses Bades.

— Der Gehülfe des Militär-Medizinalinspektors des Odessaer Militärbezirks Dr. Markow ist zum Militär-Medizinalinspektor dieses Bezirks ernannt worden. Zu seinem Nachfolger auf dem Posten des Militär-Medizinalinspektorsgehülfen ist der bisherige Geschäftsführer aus der Zahl der Aerzte in der Odessaer Militär-Medizinalverwaltung Dr. Janizki ernannt worden.

— Der Gebietsarzt des Amurgebiets Dr. Leonow ist auf eigenes Ersuchen mit Uniform und Pension verabschiedet worden.

— Der dejourierende Arzt bei der Direktion der Kaiserlichen Theater in St. Petersburg, Arzt des II. Gymnasiums Dr. Petrow, ist zum Konsultanten der St. Petersburger Entbindungsanstalt ernannt worden, unter Belassung in den von ihm bisher bekleideten Aemtern.

— Der bekannte russische Ophthalmologe Prof. emer. Dr. Leonhard Hirschmann in Charkow hat nach Ausdienung der Dienstfrist seinen Abschied genommen und siedelt, wie verlautet, nach St. Petersburg über,

— Der ordentliche Professor der pathologischen Anatomie und allgemeinen Pathologie an der Universität Würzburg Dr. Georg Eduard Ritter v. Rindfleisch wurde auf sein Ansuchen vom Schlusse des Sommersemesters 1906 an von der Verpflichtung Vorlesungen zu halten, und von der Direktion des pathologischen Instituts unter Anerkennung seiner langjährigen ausgezeichneten Leistungen im akademischen Lehramte und auf dem Gebiete der Wissenschaft enthoben. Prof. v. Rindfleisch erreicht am Ende dieses Jahres sein 70. Lebensjahr.

— Dem als Verfasser der von ihm herausgegebenen biographischen Lexika der Aerzte Kurlands und Livlands bekannten Mitauer Aerzte Dr. J. Brennsohn ist gestattet worden, am Rigaschen Strande in Edinburg während der Sommersaison eine orthopädische Heilanstalt für ambulante Kranke zu eröffnen.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 6. Januar auf seinem Gute bei Odessa der frühere Konsultant am Odessaer Militärhospital Dr. August Duchnowski im 66. Lebensjahre an Nierenkrebs. Der Hingeschiedene hatte seine medizinische Ausbildung an der Kiewer Universität erhalten, an welcher er 1863 auch den Arztgrad erlangte. Beim Ausbruch des russisch-türkischen Krieges trat er in den Militär-Medizinaldienst und machte den Feldzug in Rumänien und Bulgarien mit. Nach Beendigung des Krieges liess er sich in Odessa als Arzt nieder und wurde auch Ordinator am Militärhospital, an welchem er in den letzten Jahren als Konsultant für Chirurgie fungierte. Vor ca. 10 Jahren war er der populärste Chirurg in Odessa. Lange Zeit hindurch war er auch Präses der Gesellschaft Odessaer Aerzte und mehrmals wurde er zum Stadtverordneten und Mitglied verschiedener städtischer Kommissionen gewählt. Vor zwei Jahren erkrankte er an Nierenkrebs, der ihn seit den April aus Bett fesselte. Duchnowski hinterliess seiner Familie ein bedeutendes Vermögen. 2) In St. Petersburg Dr. Demetrius Mitrofanow, Oberarzt des hiesigen Posthospitals im Alter von 69 Jahren. Der Verstorbene, welcher seit 1860 hier praktizierte, fungierte auch als Arzt am Gymnasium der philanthropischen Gesellschaft. 3) Am 4. Juni in St. Petersburg der ältere Geschäftsführer aus der Zahl der Aerzte in der Medizinalverwaltung des St. Petersburger Militärbezirks Dr. Nikolai Sarkewitsch im Alter von 51 Jahren an den Folgen einer doppelseitigen Mittelohrentzündung, nach fast 25-jähriger ärztlicher Tätigkeit. In früheren Jahren war S. Oberarzt des Leibgarde-Atamanregiments hierselbst. 4) Am 7./20. Juni in Graz der ausserordentliche Professor der Chirurgie an der dortigen Universität, Dr. Ludwig Ebner, ein hervorragender Operateur, an den Folgen einer Halsinfektion. Er hatte sich im vergangenen Winter eine Infektion zugezogen, die eine Neubildung im Halse verursachte. Durch wiederholte Operationen wurde Erleichterung verschafft und es war auch Hoffnung vorhanden, dass Prof. Ebner genesen werde. doch trat unvermutet eine Herzlähmung ein.

Von Universitäten, med. Instituten und Kongressen.

— Der Konseil des St. Petersburger weiblichen medizinischen Instituts hat zum Professor der normalen Anatomie den Privatdozenten der Dorpater Universität Dr. Richard Weinberg gewählt. (R. Wr.) — Dr. Weinberg stammt aus Kurland und hat seine medizinische Ausbildung anfangs in Moskau, dann in Dorpat erhalten, woselbst er auch i. J. 1894 zum Dr. med. promoviert wurde. Seit Anfang 1903 fungiert er als Privatdozent der Anatomie ebendaselbst. Seine Arbeiten betreffen fast ausschliesslich die Anatomie und Anthropologie des Gehirns.

— Das Institut für experimentelle Krebsforschung in Heidelberg hat sich jetzt konstituiert. Direktor desselben ist Professor Dr. V. Czerny. Chefärzte am Institut sind: der Prof. extraord. Dr. Freiherr v. Dungern (Leiter der wissenschaftlichen Abteilung) und Privatdozent Dr. v. Wasielewski (Vorstand der Abteilung für parasitologische Forschungen). Als Assistenzärzte fungieren: Privatdozent der Chirurgie Dr. Völcker und Dr. Richard Werner.

— Da die Verhandlungen mit Professor Dr. W. His in Basel, der an Stelle des am 1. Oktober d. J. in den Ruhestand tretenden Professor Dr. Ebstein die Leitung der Göttinger medizinischen Klinik übernehmen sollte, sich zerschlagen haben, so wurde Prof. Dr. Ernst Schmidt vom Krankenhause Friedrichstadt in Dresden für diesen Posten in Aussicht genommen.

— Aerztliche Fortbildungskurse finden vom 2.—14. Juli n. St. in München statt, Die Kurse sind unentgeltlich, doch werden von den Teilnehmern 10 Mark zur Deckung sachlicher Ausgaben erhoben. Nähere Auskunft erteilt Dr. A. Jordan, Lessingstrasse 4 in München.

Standesangelegenheiten.

— Bezüglich des Oberarztes der hiesigen Irrenanstalt Nikolaus des Wundertäters Dr. Reformatski sind die Nachrichten unbestimmt. Während die Tagesblätter bisher behaupteten, dass Dr. Reformatski auf das Drängen der Angestellten des Hospitals durch einen anderen Arzt ersetzt werden soll und auch schon die Kandidaten für diesen Posten (darunter sogar eine Aerztin) namhaft gemacht wurden, bringt jetzt die «Now. Wremja» die Nachricht, dass Dr. Reformatski Oberarzt der Irrenanstalt bleibe und nur für die Zeit vom 7. Juni bis zum 5. September zum Studium der psychiatrischen Anstalten ins Ausland abdelegiert worden sei. Die über seinen Fortgang aus der Irrenanstalt verbreiteten Gerüchte wären durch den Umstand veranlasst worden, dass ein anderer Personalwechsel unter dem Aerztebestande des Hospitals in Aussicht genommen sei. Der St. Petersburger Stadthauptmann hat dem Stadthaupt aufgetragen, den Ordinator der Irrenanstalt Nikolaus des Wundertäters Dr. Troschin als den Hauptanstifter der Unruhen in der genannten Anstalt und des Inzidents mit dem Oberarzt, dem Gericht zu übergeben.

— Der Eisenbahnarzt Dr. Stempnizki im Flecken Wyschkow (Gouv. Warschau) ist zu einer Geldstrafe von 200 Rbl. verurteilt worden, weil er Reden auf einem Meeting gehalten hat.

— Dr. A. Veit ist wegen Teilnahme an den Sitzungen des St. Petersburger Rats der Arbeiterdeputierten in Anklagezustand versetzt worden.

— Neuerdings sind arretiert worden: In Jalta Dr. W. Ssaltykowski; in Wlozlawsk Dr. Kraschewski, Arzt am Antoniushospital, und im Gouvernement Perm der Fabrikarzt Dr. N. Mentow.

— Der Odessaer Sanitätsarzt Dr. M. Bogomolez ist mittels Urteils des Kriegsgerichts zur Ansiedelung in Sibirien verurteilt und bereits nach Tjumen abgefertigt worden.

— Die Breslauer dermatologische Vereinigung hat beschlossen, Schritte zu tun, um von den Unfallversicherungsgesellschaften bei Syphilisinfektion im Berufe für die Aerzte günstigere Entschädigungsbedingungen zu erlangen, da Fälle vorgekommen sind, in welchen sehr berechtigte Entschädigungsansprüche der Aerzte von Vers.-Gesellschaften zurückgewiesen wurden oder nur unter Schwierigkeiten geltend gemacht werden konnten.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Die internationale Tuberkulosekonferenz findet in diesem Jahre vom 6.—8. September n. St. auf Einladung der Niederländischen Tuberkulose-Gesellschaft in Haag statt. Der im Jahre 1902 mit dem Sitz in Berlin unter Vorsitz von Prof. Brouardel (Paris) und Ministerialdirektor Dr. Althoff (Berlin) begründeten internationalen Vereinigung gehören zurzeit 21 Länder an. Als Fortsetzung der Arbeiten des vorigjährigen Pariser Kongresses stehen unter anderem besonders die Fragen der Anzeigepflicht, spezifischen Therapie, Infektionswege, Heilstättenkosten, Fürsorgestellen, sowie die Bekämpfung der Tuberkulose im Kindesalter auf der Tagesordnung. Nähere Auskunft erteilt der Generalsekretär Prof. Dr. Pannwitz, Berlin W., Eichhornstrasse, 9.

— Der 9. Kongress der Deutschen dermatologischen Gesellschaft wird vom 12.—14. September n. St. in Bern tagen. Da der Kongress möglichst viel Demonstrationen und Diskussionen bringen soll, so hat man von offiziellen Referatthemen abgesehen. Ein Vortrag von Prof. Dr. A. Neisser (Breslau): «Ueber den derzeitigen Stand der experimentellen Syphilisforschung» und ein zweiter vom Privatdozenten Dr. E. Hoffmann (Berlin): «Ueber den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse von der Aetiologie der Syphilis» werden die wichtigsten zurzeit schwebenden Fragen der Syphilisforschung behandeln.

— Von der Verwaltung der Gesellschaft Russischer Aerzte zum Andenken an N. J. Pirogow in Moskau ist im März-Monat d. J. eine Auskunfts- und Vermittelungs-

Kommission für stellensuchende Personen des medizinischen Personals und zur Befriedigung von Nachfragen seitens öffentlicher und privater Institutionen nach Personen dieses Personals ins Leben gerufen worden.

Verschiedene Mitteilungen.

— Prämien des Roten Kreuzes. Die Hauptverwaltung des Russischen Roten Kreuzes macht bekannt, dass zu der Ende Juni 1907 in London stattfindenden 8. internationalen Konferenz des Roten Kreuzes die Prämienzuerkennung aus dem internationalen Fonds des Roten Kreuzes auf den Namen der Kaiserin Maria Feodorowna erfolgen wird. Zur Prämiierung werden Erfindungen zur Aufsuchung und zur Rettung von Verwundeten auf dem Schlachtfelde, zu Wasser und zu Lande, sowie Erfindungen zur Beförderung Verwundeter vorgestellt. Die drei Prämien gelangen aus den Zinsen für 5 Jahre eines von der Kaiserin Maria Feodorowna gespendeten Kapitals von 100,000 zur Auszahlung. Die Projekte, resp. Modelle sind bis zum 1. Januar 1907 der Hauptverwaltung des Roten Kreuzes (St. Petersburg, Inshenernaja Nr. 9) einzusenden. Diese Projekte und Modelle gelangen in London zur Ausstellung.

— Am 25. Mai fand in Moskau die Einweihung und Eröffnung des auf dem Minsski-Platz erbauten städtischen Gebärasyls, zu welchem die Erben der Frau A. A. Abrikossow 100,000 Rbl. hergegeben haben, statt. Das Asyl ist für mehr als 60 Betten berechnet.

— Die Kurkosten für kranke Kinder in der berliner Königl. Charite sind seit dem 1. April d. J. für den Tag und Kopf von 2 Mark auf 2,50 Mark erhöht worden. Vom 1. Juli ab soll nun auch in den städtischen Krankenhäusern Berlins dieser erhöhte Satz Platz greifen, so dass von diesem Zeitpunkt an für Erwachsene und Kinder der gleiche Tarifsatz von 2,50 Mark für in Berlin wohnende und von 3 Mark für auswärts wohnende Kranke erhoben werden soll.

— Ist der Alkohol bakterientötend? Dr. Russ fand bei seinen Versuchen (C.-Bl. f. Bakt.), dass absoluter Alkohol ohne Wirkung auf Bakterien ist. Verdünnter Alkohol tötet dagegen sporenfreie Bakterien. Die Bakteriensporen werden durch Alkohol überhaupt nicht angegriffen. Für die Desinfektion der Hände ist auch nach diesen Ergebnissen die vorherige gründliche Reinigung mit Seife zu empfehlen.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 3. Juni d. J. 10818 (135 mehr als in der Vorwoche), darunter 968 Typhus — (9 wen.), 1052 Syphilis — (55 mehr), 363 Scharlach — (24 mehr), 170 Diphtherie — (20 wen.), 119 Masern — (9 wen.), und 25 Pockenkranke — (5 wen. als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 28. Mai bis 3. Juni d. J. im ganzen 873 (487 M., 386 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 38, Febris recurrens 0 Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 3, Masern 38, Scharlach 31, Diphtherie 17, Croup 0, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 31, Erysipelas 3, Grippe 4, Katarrhalische Lungenentzündung 124, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberkulose der Lungen 96, Tuberkulose anderer Organe 20, Alkoholismus und Dilirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 50, Marasmus senilis 32, Krankheiten des Verdauungskanals 115, Totgeborene 36.

Vereinigte Chininfabriken ZIMMER & Co. FRANKFURT a/M.

EUCHININ

Entbittertes Chinin, gleiche Heilwirkung wie letzteres bei Fiebern, Influenza, Typhus, Keuchhusten, Malaria und Neuralgie.

VALIDOL

Energisches und dabei reizloses Analepticum, Antihystericum, Antineurasthenicum und Stomachicum: ferner gutes Mittel gegen Seekrankheit.

VALIDOL. CAMPHOR.

Hervorragendes Excitans für schwere Erschöpfungszustände, ausserdem unentbehrlich in der Zahnpraxis.

(69) 4–2.

Muster nebst Literatur stehen den Herren Aerzten kostenlos zur Verfügung.

Santyl-Knoll

internes

Antigonorrhoicum

Neutraler Salicylester des Santalols (gerein. Sandelöl)

Geschmackfrei, ohne Nebenwirkungen, kann in Tropfenform gegeben werden.

DOSIS: 3 mal 30 Tropfen täglich oder 4 mal 2 Kapseln.

Literatur und Proben kostenlos.

KNOLL & Co., chem. Fabrik, Ludwigshafen am Rhein.

NATÜRLICHE MINERALWÄSSER **VICHY** Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

Man hüte sich vor Nachahmungen und bezeichne genau die Quelle.

VICHY CÉLESTINS Nieren-, Harnblasen-, Magen-Krankheiten.

VICHY GRANDE GRILLE Leber- und Gallenblasen-Krankheiten.

VICHY HOPITAL Krankheiten der Verdauungs-Organe, des Magens und der Därme. (56) 17–3.

Kurort Alk.-salinische Therme **Teplitz-Schönau (Böhmen)**

heilt: Gicht, Rheumatismus, Neuralgien, Gelenksteifigkeiten, Exsudate etc. ◆ Aerzte und deren Familien befreit von Kur- und Musiktaxe, erhalten freie Bäder. ◆ Saison ganzjährig.

Reichenau, Nieder-Oesterreich.

Wasserheilanstalt Rudolfsbad

an der Südbahnstat. Payerbach, 2 St. per Südbahn von Wien entfernt, herrliche von allen Seiten geschützte Lage in einem der schönsten Alpentäler Nieder-Oesterreichs. (476 Meter über dem Meere). Ausgezeichnete Verpflegung und sehr komfortable Unterkunft bilden die anerkannten Vorzüge der seit über 40 Jahren bestehenden Anstalt, in welcher auch Kranke, die nur einer klimatischen Kur bedürfen, Aufnahme finden. Saisonbeginn am 1. Juni (bis zum haben Juni und im September bedeutende Ermässigung für Kost und Logis). Wasser und elektr. Kuren, kohlensäure Bäder, Massage, Oertel'sche Kur. Eröffnung des Voll- und Schwimmbades (16–18° R. und 730 mm. Spiegelfläche) vom 15. Juli täglich Promenaden Konzert. Direkte Telephonverbindung mit Wien. Prospekte werden durch die Kur-Inspektion auf Verlangen gratis zugesandt. Nähere Auskünfte erteilen: Dr. M. Bittner, Kurarzt, J. M. Waissnia's Erben, Eigentümer.

Das erste Moorbad der Welt

FRANZENSBAD

besitzt die stärksten Stahlquellen, leichtverdauliche Eisensäuerlinge, alkalische Glaubersalzwässer, Lithionsäuerlinge.
Natürliche kohlensäurereichste Stahl-, Mineral-, Sool- und Strombäder, heilkräftige Moorbäder, Dampf-, Heissluft-, elektrische Wannen- und Lichtbäder, mediko-mechanisches Institut, Inhalatorium.
Oesterreichs hervorragendstes Herzheilbad.
Bewährt bei: Blutarmut, Bleichsucht, Rheumatismus, Gicht, Nervenkrankheiten, Frauenkrankheiten, Herzkrankheiten.

Saison Mai bis September. *Prospekte gratis.*

(88) 12–10.

Im Deutschen Alexander Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **R. Wanach** in St. Petersb., Petb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 25 St. Petersburg, den 24. Juni (7. Juli). **1906.**

Vererbung der Schwindsucht vom biologischen Standpunkte.

Von

Dr. S. Unterberger.

I.

In der Befruchtung der Eizelle erblicken wir jenen für die Vererbungslehre bedeutungsvollen Vorgang, durch welchen väterliche und mütterliche Qualitäten in einem Individuum vereinigt werden. Als materielles Substrat dieses Prozesses — von Weissmann Amphixis bezeichnet — stellt sich uns die Vereinigung zweier Zellkerne dar, des Spermakernes mit dem Eikern.

Wenn wir den geheimnissvollen Erscheinungen der Vererbung näher zu treten versuchen, schreibt Heider[1]), so stehen zwei Wege offen, auf denen mit Aussicht auf Erfolg vorzudringen möglich wäre. Der erste Weg bedient sich der planmässigen Züchtungsexperimente. Durch genauere Feststellung der Merkmale, welche die einzelnen aus einander hervorgehenden Generationen erkennen lassen, werden wir zu allgemeineren Vorstellungen über die Art ihrer Uebertragung geführt und wir werden veranlasst einzelnen Merkmalen alsdann eine erhebliche Selbstständigkeit zukommen zu lassen, indem sie in den mannigfaltigsten Kombinationen in die Bildung der Keimzellen eingehen können. Erscheint uns so der ausgebildete Organismus als ein Bündel von Merkmalen oder von elementaren Eigenschaften, wie De Vries sie benennt, so werden wir dazu geführt für jede derselben besondere repraesentative Teilchen in der Keimessubstanz zu postulieren. Diese repraesentativen Teilchen der Keimessubstanz näher kennen zu lernen führt uns zur Betretung des zweiten Weges, zur Erforschung der cytologischen Grundlage der Vererbungserscheinungen. Auf dem Standpunkte der Zellentheorie stehend, müssen wir in letzter Linie die Phänomene der Vererbungserscheinungen in den Vorgängen des Zellenlebens erblicken.

Durch genaue Feststellung der Merkmale, welche die einzelnen aus einander hervorgehenden Generationen erkennen lassen, wurde Darvin zur Aufstellung seiner provisorischen Hypothese der Pangenesis geleitet, welche als Ausgangspunkt aller späteren Vererbungstheorien zu betrachten ist, unter denen die von Weissmann eine hervorragende Stellung einnehmen.

Während bei Züchtungsversuchen vielfach der gesammte Merkmalenkomplex der Eltern und dessen Uebertragung auf die Nachkommen ins Auge gefasst wurde, richtet der Augustinermönch Mendel sein Augenmerk auf die Vererbung eines einzigen Merkmales. Es wurden z. B. Erbsenarten gekreuzt, die sich durch die rote und weisse Blütenfarbe von einander unterscheiden. Hierbei ergab sich als nächstes Resultat, dass die erzeugten Hybriden (Bastarde) bezüglich dieses Merkmals sämmtlich dem einen Elter nach gerieten. Mendel bezeichnet dasjenige Merkmal welches in den Hybriden manifest erscheint, als dominierend, während das latent bleibende als das rezessive Merkmal des betr. Paares von ihm bezeichnet wird. Die Hybriden wiesen also zunächst sämmtlich nur das dominierende Merkmal (rotblühend) auf. In der nächstfolgenden Generation erwiesen sich die Zahl der Exemplare mit dominierendem Merkmal zu denen mit dem rezessiven Merkmal (weissblühend) wie 3:1. In der dritten Generation erwies sich für die Nachkommen derjenigen Exemplare, welche das rezessive Merkmal hatten, dass alle dieses rezessive

*) Heider: Vererbung und Chromosomen. 1906.
Hertweg: Ergebnisse und Probleme der Zeugungs- und Vererbungslehre. 1905.
Ziegler: Die Vererbungslehre in der Biologie. 1905.
Petrunkewitsch: Gedanken über Vererbung. 1904.
Boveri: Ergebnisse über die Konstitution der chrom. Subs. 1904.
De Vries: Befruchtung und Bastardierung. 1903.
Weissmann: Das Keimplasma. 1892.
Derselbe: Vorlesungen über Descendenztheorie. 1904.

Merkmal behalten. Von denjenigen Exemplaren, welche das dominierende Merkmal zeigten, hatte der dritte Teil Nachkommen, welche wieder das dominierende Merkmal besassen, während zwei Drittel der Exemplare Nachkommen hatten bei welchen das dominierende Merkmal drei Viertel der Zahl, das rezessive ein Viertel ausmachten.

Das Mendel'sche Gesetz giebt eine spezielle Darstellung gewisser Fälle der latenten Vererbung und des Atavismus, es stellt dar, wie Tschermak sagt, die Lehre von der gradmässigen, qualitativen Verschiedenwertigkeit der Merkmale d. h. der Chromosome.

Mendel hat somit die Resultate seiner Züchtungsexperimente unter Anwendung der statistischen Methode beurteilt. Durch die exaktere Feststellung der Zahlenverhältnisse, der Erbzahlen, in denen bestimmte Merkmale in den aufeinander folgenden Generationen wiedererscheinen, kam Mendel zu dem Schluss, dass nicht der gesammte Anlagekomplex der Vorfahren von Generation zu Generation übertragen werde, sondern dass den einzelnen Merkmalen eine erhebliche Selbstständigkeit zukommt, indem sie die mannigfaltigsten Kombinationen, in der Bildung der Keimzellen eingehen können. Erscheint der Organismus als ein Bündel von Merkmalen, so werden wir dazu geführt, für jedes derselben eine besondere Anlage in der Keimsubstanz zu postulieren.

Die Verhältnisse, wie sie bei der Befruchtung beobachtet werden, veranschaulichen folgende Bilder, die ich den Arbeiten von Heider, Hertwig und Boveri entlehnt habe.

In Fig. 1 ist der Moment dargestellt, in welchem die Samenzelle in die Eizelle eindringt, wobei beobachtet wird, dass das reife Ei mit einem konischen Fortsatze sich nach dem am meisten nahe gekommenen Samenfaden ausstreckt. Vom Kopfe, Mittelstücke und Endfaden der Spermazelle haben sich die beiden ersten vom Endfaden, der zu Grunde geht, abgelöst und in den Samenkern und das Centrosom umgewandelt. (Fig. 2, 3). In der Umgebung des letzteren, offenbar infolge eines von ihm ausgehenden Reizes, wird das Protoplasma in radiären Bahnen zu einer Strahlenfigur angeordnet, wie Eisenfeilspähne um die Pole eines Magneten. Der Kern der Samenzelle ist viel kleiner, als der Eikern. In den in Fig. 2, 3 und 4 dargestellten Stadien, sehen wir die beiden Eikerne sich immer mehr einander nähern, wobei der Spermakern sich vergrössert. In dieser Zeit sehen wir das Centrosom sich teilen, gegenüber Stellung nehmend (zwei Pole bildend) und einen Einfluss ausübend auf die Eikerne. Haben sich die beiden Kerne genähert, so ist der Spermakern dem Eikerne an Masse, an Grösse und an feinerer Struktur vollkommen gleich. In diesen Stadien zeigen beide bläschenförmige Kerne ein Liniennetz mit Fäden, die allein färbbar sind und daher als Chromatinsubstanz des Kernes bezeichnet werden. Bald darauf sieht man die Chromatinsubstanz zu einem Fadenknäul zusammengezogen, der hierauf sich in zwei Stücke zerlegt, Chromosome genannt, (nach dem äusseren Aussehen auch Kernschleifen bezeichnet). In diesem Moment erfolgt eine Verschmelzung der beiden Kerne und der so entstandene neue Kern wird als erster Furchungskern bezeichnet, weil mit seiner Bildung der erste Entwickelungsprozess des Eies stattfindet, die Furchung, die auf einem vielfach wiederholten Zellteilungsprozess beruht. Wenn dann das Kernbläschen schwindet (Fig. 7) und die charakteristische Spindelfigur mit den Strahlensonnen an ihren Polen (wo sich die Centrosomen befinden) auftritt, sondern sich die Chromosomen am Aequator der Spindel an. Jeder dieser Chromosomen erfährt eine Längsspaltung, die wir auch schon früher beobachten konnten.

Hier muss noch eingefügt werden folgender für die Entwickelungs-Mechanik wichtiger Vorgang. Die beiden in der Befruchtung sich vereinenden Kerne enthalten nur je die halbe Zahl von Chromosomen, so dass erst durch ihre Vereinigung wieder ein vollwertiger Kern mit der ganzen Normalzahl von Bestandteilen geschaffen wird. Die Herabsetzung der Zahl der Chromosomen auf die Hälfte erfolgt in der Reifungsperiode der Keimzellen. Die Bildung der Keimzellen erfolgt durch aufeinanderfolgende Zellteilungen und die Zellgeneration, die sich weiter nicht vermehrt besteht nun aus reifen und befruchtungsfähigen Keimzellen. Jeder der beiden Tochterkerne erhält nur die halbe Chromosomenzahl, die, wie wir gesehen, qualitativ verschieden sein können. Dieser spezielle Teilungsmodus wird als Reduktionsteilung bezeichnet.

In Fig. 4, 5, 6 sieht man Mechanismen wirken, durch welche je eine Hälfte dieser gespaltenen Chromosomen gegen den ihr näher liegenden Spindelpol geführt wird (Fig. 7, 8, 9) dort bilden sich dann aus ihnen die beiden Töchterkeime heraus. Nun beginnt derselbe Prozess in den Tochterzellen und so weiter bis sich der Embryo zu bilden anfängt, wobei jeder der Tochterkeime genau dieselbe Anzahl von Chromosomen erhält, wie sie der Mutterkern besass.

Ferner hat man beobachtet, wie Chromosomen mit einander in Wechselbeziehung stehen, sich bald nähern um gepaart zu bleiben oder nach Berührung mit einander, sich entfernen.

Für die Vererbungslehre ist demnach erstens die Tatsache von Wichtigkeit, dass die Samen- und Eizelle, obgleich sehr verschieden ausgerüstet, — die Eizelle durch Anhäufung plastischen Materials erheblich umfangreich, die Samenzelle klein, compendiös — doch zwei gleichartige Bestandteile, die Geschlechtskeime, enthalten, in deren Vereinigung das für die Vererbung wichtigste Moment zu erblicken ist. Zweitens, dass bei der Befruchtung, die gleiche Zahl von Kernschleifen oder Chromosomen, väterlich und mütterlicher Provenienz zusammentreten um den ersten Furchungskern zu bilden und dass bei der nachfolgenden Ontogenese dieselbe Zahl auf die Nachkommen weiter übertragen wird.

Durch diese Tatsache schien die Uebertragung der Eigenschaften beider Eltern auf das Kind bis zu einem gewissen Grade erklärt. Und wenn man der Annahme hinzufügte, dass bei der Ausbildung des Kindes diese beiden in jeder Zelle deponierten Erbmassen nicht immer in gleicher Kraft wirksam seien, weil die Chromosomen sich als qualitativ verschieden erwiesen, und somit gelegentlich die eine über die andere einen überwiegenden Einfluss geltend macht, so schien auch die Tatsache erklärlich, dass die Kinder häufig in gewissen Merkmalen mehr oder ausschliesslich dem einen der beiden Eltern nachgeraten (Heider).

Wenn wir die Chromosomen als den Träger der Erbmasse im allgemeinen bezeichnen, so fragt es sich, ob es nicht jetzt schon möglich ist, die Chromosomen in einzelne Komponenten zu zerlegen. Den Chromosomen kommt entschieden eine gewisse Selbstständigkeit zu, ja sie praesentieren sich uns als bestimmt organisierte Bestandteile des Keims, ja förmlich als selbstständige kleine Organismen, die in ihrem Bau an Bakterien erinnern.

Man hat bei einigen Organismen beobachtet, schreibt Heider, wie zwei Chromosomen sich einander nähern, sie scheinen durch einen geheimnissvollen Trieb, durch eine uns rätselhafte Anziehungskraft aneinander geführt,

bis sie sich berühren und schliesslich zu einer Gruppe vereinigen. Dieses Sichaufsuchen und Vereinigen zweier Chromosomen, die im ganzen übrigen Leben des Organismus getrennt waren, erinnert an die Vorgänge der Konjugation bei einzelligen Wesen und man hat auch hier von einer Konjugation der Chromosomen gesprochen. Ob bei den gewöhnlichen Konjugationen, wie bei den Infusorien, in denen nachträglich die Konjugationen sich wieder von einander trennen, ein Austausch chromosomer Substanz stattfindet, dafür liegen noch keine Beobachtungen vor, doch diese Annahme wird wohl noch ihre Bestätigung finden.

Da nun die Chromosomen nur in bestimmten Zuständen des Zellkernes zu erkennen sind, nämlich dann, wenn er sich zur Teilung anschickt, während sie in der übrigen Zeit in dem gleichmässigen Kerngerüste nicht wahrnehmbar sind, so können wir zunächst nur den Schluss ziehen, von einer Erhaltung der Individualität der Chromosomen und eine weitere Reihe von Tatsachen, die für die Erhaltung der Individualität der Chromosomen spricht, ist das Gesetz der Zahlenkonstanz der Chromosomen, wobei neuerdings festgestellt ist, dass einzelne Chromosomen sich von den übrigen unterscheiden lassen, sei es dass sie grösser oder kleiner sind, sei es, dass sie sich durch ihr färbbares Verhalten auszeichnen.

Da wir mit Wahrscheinlichkeit annehmen dürfen, dass jedes Chromosom aus mehreren möglicherweise zahlreichen qualitativ verschiedenen Teilchen zusammengesetzt ist, so liegt die Versuchung nahe, über die Struktur der Vererbungssubstanz, über ihren Aufbau aus kleinen, individualisierten Anlagen, die Weissmann Determinanten bezeichnet hat, uns bestimmtere Vorstellung zu bilden. Die Versuchung liegt um so näher, als man ja eine Zusammensetzung der Chromosomen aus kleinen Partikelchen, so genannten Mikrosomen zu beobachten schon in der Lage ist. Von der Rolle dieser kleineren Partikelchen für die Vererbung sind wir derzeit nicht im Stande etwas sicheres auszusagen. Dagegen suchen wir, sagt Heider, auf wohl begründetem Boden, wenn wir uns darauf beschränken, die Rolle der Chromosomen ins Auge zu fassen und in ihnen selbstständige, individualisierte und qualitativ verschiedene Träger erblicher Eigenschaften zu erblicken.

Wenn man nun bedenkt, dass die höheren Organismen sehr hohe Chromosomenzahlen aufweisen, so steigt hiemit die Zahl der möglichen Kombinationen ins Ungeheuere. Durch die Reifungsteilungen wird nun das Erbgut an grosselterlichen Chromosomen den Enkeln in den mannigfaltigsten Kombinationen übermittelt und dabei sichert doch jede Keimzelle die vollständigen zur normalen Entwickelung nötigen Chromosomengarnituren. Es erklären sich auf diese Weise, die oft auffallenden Unterschiede zwischen Geschwistern und die launenhaften Uebertragungen der grosselterlichen Anlagen, die besonders bei hereditären Dispositionen zu Krankheiten oft bemerkt werden. (Heider).

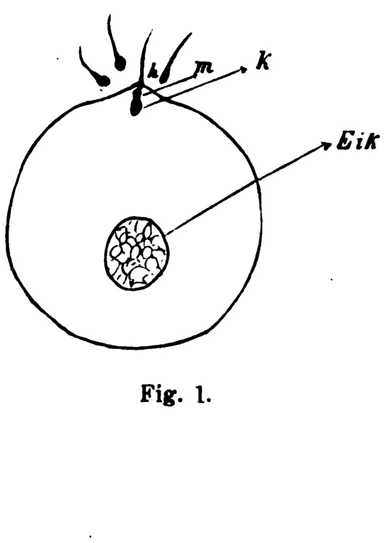


Fig. 1.

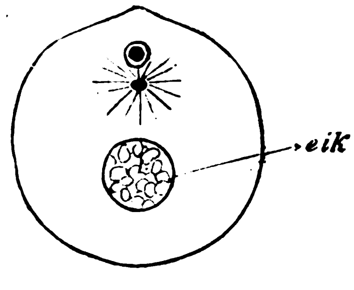


Fig. 2.

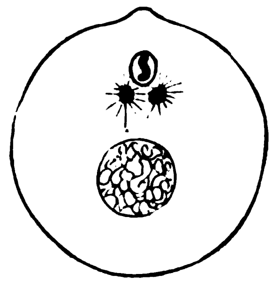


Fig. 3.

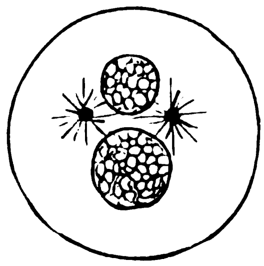


Fig. 4.

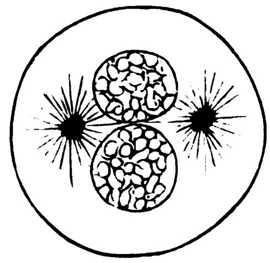


Fig. 5.

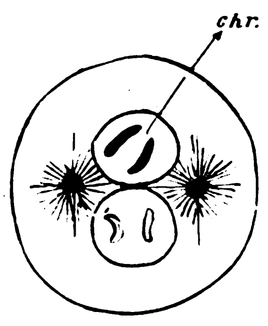


Fig. 6.

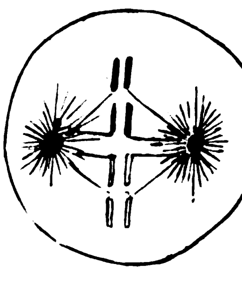


Fig. 7.

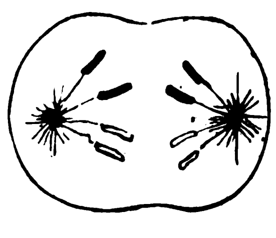


Fig. 8.

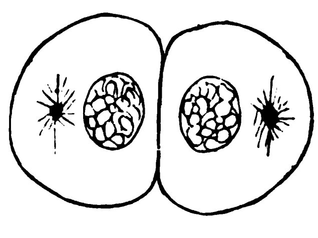


Fig. 9.

Erklärungen der Tabellen-Figuren.

Fig. 1. Das reife Ei im Moment der Befruchtung. Von zahlreichen Samenfäden ist einer in das Ei schon eingedrungen, an einer Stelle, die durch den Empfängnishügel (h) gekennzeichnet ist. Am Samenfaden ist der Kopf (k), das Mittelstück (m) und der Endfaden zu unterscheiden Eikern. (eik).

Fig. 2. Wenige Minuten später: Kopf und Mittelstück haben sich vom Endfaden, der zu Grunde geht, abgelöst und in den Samenkern (sk) und das Centrosom (c) umgewandelt. Letzteres wird von einer Protoplasmastrahlung umgeben. Die Entfernung zwischen Samenkern (sk) und Eikern (eik) hat sich verringert. Centrosom (c).

Fig. 3, 4, 5. Nach einigen Minuten fangen Ei und Samenkern an sich immer mehr zu nähern. Das einfache Centrosom teilt sich in zwei und beide nehmen Stellung einander gegenüber. Der Samenkern wird allmälig gleich an Grösse, Masse und feinerer Struktur. Die Kerne zeigen Liniennetz mit aufgelagerten Körnern und Fäden von Chromaten. Beide Kerne erscheinen bläschenförmig mit Zellmembran.

Fig. 6, 7, 8, 9. Vor der Kernverschmelzung bilden sich aus dem Liniennetz vier Stücke, Chromosome (Fig. 6) darauf schwindet die Zellmembran und wir sehen die Spindelfigur, wo an den Polen die Centrosome stehen und in der Aequatorialgegend, durch lange Spaltung entstandene, Tochterchromosomen (Fig. 7), die immer weiter auseinanderrücken, wobei das befruchtete Ei eine Einschnürung zeigt (Fig. 8). Eine Trennung des Eikerns ist eingetreten, wobei die Kerne wieder Zellen darstellen, angefüllt mit einem Liniennetz von Chromatinsubstanz (Fig. 9).

(Schluss folgt.)

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Enzyklopädie der praktischen Medizin, herausgegeben von Dr. M. T. Schnirer (Wien) und Prof. Dr. H. Vierordt (Tübingen), unter Mitwirkung zahlreicher Mitarbeiter. VI. Lieferung. Wien 1906, Verlag von Alfred Hölder. Preis pro Lieferung Mark 4,80.

In erfreulicher Weise schreitet die Herausgabe der Schnirer-Vierordt'schen «Enzyklopädie der praktischen Medizin» rüstig vorwärts. Die vorliegende 6. Lieferung enthält auf 160 Seiten die Artikel «Geburtslähmungen des Kindes» bis «Glykoside», welche, wo nötig reich illustriert sind. Im ganzen sind in dieser Lieferung 88 Abbildungen zur Erläuterung des Textes beigefügt, unter denen namentlich die zum Kapitel «Geschwülste» gehörigen 35 mikroskopischen Bilder durch schöne Ausführung hervorragen. Am ausführlichsten ist das Kapitel «Gehirn» und seine Erkrankungen behandelt, dem allein 133 Spalten und 19 Abbildungen gewidmet sind. An der Bearbeitung dieses Kapitels haben sich nicht weniger als 5 Mitarbeiter beteiligt: Tandler (Anatomie des Gehirns), Boruttau (Physiologie), O. Tilmann-Köln, L. Bruns und Kahane (Gehirnkrankheiten). Ausserdem seien von den grösseren Abhandlungen noch hervorgehoben: Geschwülste mit den zahlreichen instruktiven Abbildungen bearbeitet von C. Sternberg-Wien); Gelenke und deren Erkrankungen von Schüller-Berlin, und speziell der Gelenkrheumatismus von Kahane-Wien; Gesichtsspalten mit vielen Illustrationen (von Tillmans-Leipzig): Gicht (von Camerer-Urach); Glaukom (von Elschnig-Wien); künstl. Glieder (von Hoffa-Berlin).

Das in unseren Besprechungen der ersten fünf Lieferungen (St. Pet. med. Wochenschrift 1905, Nr. 31 und 1906, Nr. 7) gespendete Lob verdient in jeder Beziehung auch die vorliegende 6. Lieferung.

Bernhoff.

Fränkel: Die Arzneimittel-Synthese. II. Aufl. 1906. Springer.

Die in verhältnissmässig kurzer Zeit nötig gewordene neue Auflage dieses interessanten Buches gestattet den Schluss einer weiten Verbreitung des Werkes. In seiner neuen, um mehrere Kapitel und Register bereicherten Form wird es sich gewiss zu seinen alten noch neue Freunde gewinnen.

Wichert.

E. Leser: Die allgemeine Chirurgie in 50 Vorlesungen. Jena, Fischer 1906.

Verf. ist es gelungen in gedrängter Kürze dasjenige aus der allgemeinen Chirurgie zu geben, was der junge Arzt und Studierende zum Staatsexamen nötig hat. Bei der übergrossen Fülle des Stoffes war das keine leichte Aufgabe, doch hat sie Prof. Leser mit Hülfe seiner grossen Erfahrung glänzend gelöst. Seine allgemeine Chirurgie dürfte sich auch in Aerztekreisen bald der gleichen Beliebtheit erfreuen wie sein Lehrbuch der speziellen Chirurgie, von welcher demnächst die siebente Auflage erscheinen soll.

Die gute Ausstattung des Buches wie besonders der 171 Abbildungen dankt der Leser dem bewährten Verlage von Gustav Fischer in Jena.

B.

R. Lüders: Die neueren Arzneimittel in ihrer Anwendung und Wirkung. Abteilung II. Leipzig. Verlag von B. Konegen 1906.

Beim Erscheinen dieses Werkes ist auf die erste Abteilung an dieser Stelle aufmerksam gemacht worden. Die zweite Abteilung schliesst die Antiseptika ab, enthält die Augenmittel, blutstillende Mittel, Schlafmittel und Tonika des Herzens. Besonders reichhaltig ist der Abschnitt: Nährpräparate. Die neueren und neuesten Mittel werden genannt und eine Reihe von Rezeptformeln gegeben. Für den praktischen Arzt ist dieses Büchlein von grossem Wert, weil hier in übersichtlicher Weise die neuen Entdeckungen auf dem Gebiet der Pharmakologie gegeben werden.

Lingen.

Th. Dobbert: Курсъ гинекологіи (Kursus der Gynaekologie) Petersburg 1906. Verlag von Golike und Wilborg.

Obgleich der Lehrplan des Hebammenkursus eine wenn auch flüchtige, Bekanntschaft mit den Grundzügen der Gynaekologie verlangt, fehlt es an geeigneten Lehrbüchern in russischer Sprache, welche die Hebammenschülerinnen in dieses Gebiet einführen. Verf., der aus eigener Erfahrung durch langjährigen Unterricht von Hebammenschülerinnen den Mangel eines passenden Leitfadens empfunden, hat ein kurzgefasstes Kompendium der Gynäkologie in russischer Sprache herausgegeben, das den Schülerinnen die Möglichkeit giebt, sich mit den Grundzügen der Gynäkologie, soweit die Kenntnis derselben für eine Hebamme erforderlich ist, bekannt zu machen. Im allgemeinen Teil werden die gynaekologischen Untersuchungsmethoden, die Vorbereitung zu Operationen, Sterilisation von Instrumenten etc. besprochen, der zweite Teil bezieht sich auf die speziellen Erkrankungen, die systematisch in der üblichen Weise geordnet, kapitelweise in Kürze besprochen werden.

Lingen.

W. Zangemeister: Atlas der Cystoskopie des Weibes. Lieferung 3 und 4. Verlag F. Enke, Stuttgart. 1906.

Nach Uebersendung der Lieferung II an die Redaktion der Pet. Med. Wochenschrift wurde in dieser auf das vorzüglich ausgestattete Werk aufmerksam gemacht. Die beiden vorliegenden Lieferungen illustrieren die Blasenverhältnisse bei den verschiedenen Stadien des Kollumkarzinoms und die Dislokationen, welche die Blase bei Uterusprolaps, Myomen etc. erfährt. Einige anschauliche Bilder vergegenwärtigen die eben vor sich gehende Perforation eines Exsudates in die Blase. Die Bilder sind koloriert und trefflich ausgeführt.

Lingen.

Franz Fink: Erfolge der Karlsbader Kur und der chirurgischen Behandlung des Gallensteinleidens. Verl. von W. Braumüller. Wien und Leipzig 1903.

Verfasser ist Chirurg und Primararzt am allgemeinen Krankenhaus in Karlsbad und in der glücklichen Lage, bei den

Patienten, deren Zustand es erfordert, sofort die Operation einer erfolglosen Kur folgen lassen zu können. Er hat seine Kranken nicht vom einseitigen Standpunkt des Internisten oder des Chirurgen betrachtet, sondern vereinigt beide Spezialitäten in einer Person, seine Ausführungen haben daher einen um so grösseren Wert. Autor hat bei vorliegender Arbeit seine Privatpatienten der letzten 8 Jahre berücksichtigt und von diesen nur diejenigen, die auf eine Umfrage eine Antwort erteilt haben. Es handelt sich so um ein Krankenmaterial, das die verschiedensten Nationalitäten umfasst, das in der Beziehung aber einheitlich war, dass die Patienten wohl alle den höheren, nicht körperlich arbeitenden Ständen angehören. Von den 404 Kranken des Verf. waren 125 Männer und 279 Frauen, von letzteren 241 verheiratete und nur 4 ledig. Auskünfte erteilten nachträglich 377. Bei 291=72,83 pCt. wurde durch den Gebrauch der Karlsbader Wässer eine dauernde oder jahrelang andauernde Heilung resp. Latenz erzielt, was als sehr günstig zu bezeichnen ist. Ein schlechter Erfolg d. h. kein Sistieren oder gar verstärktes Auftreten der Koliken wurde bei 20 Kranken = 4,9 pCt. verzeichnet, und Besserung bei 20 weiteren Kranken d. ist gleichfalls 4,9 pCt. Bei Patienten, bei denen Komplikationen von Seiten der Gallenblase, der Gallengänge oder der Nachbarorgane vorlagen, wurde ein chirurgischer Eingriff für nötig befunden, dem sich 34 von ihnen unterzogen (8,45 pCt. der Kranken). Von den Kranken sind an Komplikationen des Gallenleidens gestorben ohne Operation 2 = 0,49 pCt., nach der Operation 4 = 11,76 pCt. Einige Patienten wurden durch die Operation nicht von ihren Beschwerden befreit, andere erst nach wiederholtem Gebrauch der Wässer, der Rest blieb dauernd von Beschwerden verschont. Die günstigen Heilerfolge der Karlsbader Kur auch in schweren und schwersten Fällen lassen eine Operation nur als Ultimum refugium erscheinen, das erst nach Versuch einer Wasserkur anzuwenden ist. Dieser Schluss ergiebt sich aus den interessanten von Fink veröffentlichten Daten von Neuem.

W. Schiele.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 16. November 1905.

p. I. Dr. Paul Klemm referiert einen von ihm operierten Fall von Hydronephrose, welcher ein Kind betraf und dann einen zur Operation gelangten Fall von Kleinhirntumor.

Dieser letztere Fall endete letal, da es nicht möglich war, den ganzen Tumor zu extirpieren.

In der Diskussion bemerkt Dr. v. Krüdener, dass die Gleichgewichtsstörung nicht notwendig auf eine Erkrankung des Kleinhirns bezogen werden müsse; sind die crura cerebelli ad ponten nämlich erkrankt, so komme es zu einer ganz ähnlichen Gleichgewichtsstörung. Er führt dann einen einschlägigen Fall an.

Dr. Ed. Schwartz betont mit Dr. Klemm die ungünstigen Chanzen der Operation einer Kleinhirngeschwulst; Dr. Weil habe jüngst eine Zusammenstellung über operierte Kleinhirntumoren gegeben, im Ganzen über 40 Fälle; von diesen sei in 15 pCt. die Operation zu Ende geführt, doch seien nur 2 Heilungen zu verzeichnen. In Betreff der cerebellaren Ataxie stimmt er mit Dr. v. Krüdener im Allgemeinen überein, doch sei die Ataxie direkt durch die Kleinhirnerkrankung bedingt, mehr allgemeiner Natur, während die Ataxie bei Erkrankung der crura cerebelli ad pontem mehr einseitiger Natur sei.

Dr. Paul Klemm verbreitet sich darüber, wie schwer es sei, von der Ausdehnung eines Gehirntumors sich einen richtigen Begriff zu machen indem er einen von ihm operierten Fall erwähnt, wo die Symptome auf eine lokalisierte Erkrankung der Zentral-Windung hinzuweisen schienen und bei der Operation sich doch ein viel grösserer Tumor fand, als angenommen wurde. Die Indikation zur Operation eines Gehirntumors müsse daher möglichst eng gefasst werden. Gelegentlich werde man auch eine Craniotomie machen müssen, um nachzusehen, wie weit die Erkrankung fortgeschritten, doch trotz dieser Verbesserung der Technik werde die Operation nur selten ihren Zweck erreichen. Oft sei es schon unmöglich zu unterscheiden ob Lues oder ein Tuberkel oder ein anderer Tumor vorliege, auch sei zu bedenken, dass die Exzidierung einer Gummanarbe etwa unwesentlich sei, keine Besserung schaffen könne.

Dr. Ed. Schwartz bemerkt, dass für die Lokaldiagnose eines Tumors von grösster Wichtigkeit sei zu wissen, in welcher Reihenfolge die Symptome aufgetreten seien.

Zur Operation seien jene geeignet, welche am meisten Lokalsymptome machen, weniger Allgemeinsymptome; sind schon schwerere Allgemeinsymptome vorhanden, so sei wenig Hoffnung für eine Heilung durch Operation. Schwartz referiert sodann über einen Fall, welchen er mit Dr. Bergmann operierte, an Stelle des angenommenen Fibroms fand sich ein Angiom, die Lokaldiagnose war jedoch richtig; das Befinden der Kranken besserte sich trotz Drinbleibens des Tumors nach der Operation.

Dr. v. Mühlen meint, dass die Betonung des Dr. Schwartz der Reihenfolge der auftretenden Symptome doch nicht den praktischen Nutzen habe, denn die grössten Partien des Gehirns machten eben keine Ausfallserscheinungen.

In Bezug auf die Aeusserung von Dr. Klemm, möchte er bemerken, dass Prof. Doyen zuerst die Hemicramie gemacht habe; vor ihr warne jedoch Prof. Bergmann wegen der oft erfolgten Shokwirkung; es bleiben also nur die Fälle für Operation übrig, in denen man glaube eine genaue Lokaldiagnose machen zu können.

p. II. Dr. Ernst Johannson hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Simulationsprüfungen nach Augen-Verletzungen und Aufnahme-Untersuchungen zur Fabrikarbeit».

Ausgehend von den Bestimmungen des neuen Unfall-Gesetzes, nach welchem ein Arbeiter, dessen Erwerbsfähigkeit eine Einbusse erlitten hat, durch die Zahlung einer jährlichen Rente, oder bei gegenseitigem Uebereinkommen durch die einmalige Zahlung der 10-fachen Rente entschädigt werden muss, referiert Vortragender über das Resultat von 100 Simulationsprüfungen nach Augen-Verletzungen, welche er im Auftrage der Rigaschen Gegenseitigen Unfall-Versicherungs-Gesellschaft ausgeführt hat. Es handelte sich dabei um 54 Simulanten. Die übrigen 46 Personen, welche entschädigt wurden, hatten zum Teil eine schwere Einbusse der Sehkraft erlitten. Häufig wurde von Simulanten eine geringfügige Verletzung bei lange bestehenden Augen-Erkrankungen zum Versuch benutzt, eine Entschädigung zu erlangen. Ferner wurde ausgeführt, dass bei 37 Personen das rechte, bei 54 das linke und bei 9 beide Augen verletzt waren; die grössere Zahl der linksseitigen Augen-Verletzungen glaubt Vortragender mit der Körperstellung bei der Arbeit in Zusammenhang bringen zu dürfen.

Anschliessend hieran wurden die verschiedenen Methoden geschildert, welche zur Entdeckung der Simulation dienen und hierbei die von Wick vorgeschlagene Einteilung in 3 Gruppen befolgt. Von den Methoden wurden als wesentliche hervorgehoben.

1) Die Prüfung des Sehvermögens in verschiedenen Entfernungen.

2) die Spiegelprobe,

3) die Prüfung unter Benutzung von Gläsern.

4) Gesichtsfeldprüfungen unter verschiedenen Bedingungen,

5) Prüfung der Pupillenreaktion und der binokulären Fixation,

6) das Verfahren von Schenkl, Silex und Alfred Graefe,

7) die Verwendung farbiger Gläser und farbiger Sehproben,

8) die Verwendung von Prismen und des Stereoskop's.

Im Gegensatz hierzu wurden die Resultate von 641 Aufnahme-Untersuchungen mitgeteilt, welche im Laufe von $1^1/_2$ Jahren gemacht worden waren. Es handelte sich dabei um Arbeiter, welche in der Russisch-Baltischen Waggonfabrik eine Anstellung suchten. Von diesen wurden 381 für tauglich und 260 für untauglich befunden, indem als Bedingung der Tauglichkeit $^1/_2$ der normalen Sehschärfe für jedes Auge galt, auch wenn diese nur durch korrigierende Gläser erreicht werden konnte. Trachom war ein Grund zur Nicht-Annahme. Bei den Untauglichen handelte es sich 24 mal um Myopie, 23 mal um Hypermetropie, 53 mal um Astigmatismus, 67 mal um Trachom, 53 mal um Hornhauttrübungen im Pupillargebiet, 7 mal um Linsentrübungen, 14 mal Strabismus, 17 mal Netzhautleiden 2 mal Nystagmus.

Dr. Ed. Schwartz bemerkt, dass für den Neurologen besonders die Frage von Interesse, in wie weit die konzentri-

sche Einengung des Gesichtsfeldes simuliert werden kann; wenn diese konz. Einengung das einzige so zu sagen «objektive Symptom» bei der traumatischen Neurose sei, so entstehe die Frage, ob dieses Symptom simuliert werden könne. Er bitte Dr. Johannson, seine Erfahrungen hierüber mitzuteilen.

Dr. Johannson erwidert, dass er im Allgemeinen diese Untersuchung wenig gemacht habe; man müsse das Gesichtsfeld dann in verschiedener Entfernung bestimmen; die Simulanten geben dann ein gleichmässig verengtes Gesichtsfeld in den verschiedenen Entfernungen an. Die Frage ob ein konzentrisch eingeengtes Gesichtsfeld simuliert werden könne, müsse er bejahen.

Dr. med. von Krüdener. Vor etwa 7 Jahren hielt Herr Dr. Dahlfeld an dieser Stelle seinen Vortrag über die in Rede stehenden Fragen, und besprach im Besondern die Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit nach Augenverletzungen. Es hat sich manches seitdem verändert, aber nur scheinbar. so ist z. B. die Entschädigung der Arbeiter von den Fabriken auf die Versicherungsgesellschaften übergegangen, wobei aber die Fabriken die Versicherungsgelder der Arbeiter tragen müssen. Noch immer besteht die Anforderung, dass der Augenarzt die Schädigung genau in Prozenten angebe. Hiermit wird ihm eine Verantwortung für den Fall aufgebürdet, welche er zu leisten garnicht im Stande ist, denn er ist in solchen Fällen Arzt, technischer Sachverständiger und Richter in einer Person. Es hilft ihm aber nichts dagegen aufzubegehren und seiner Meinung Ausdruck zu geben, dass eine Prozentangabe an sich schon ein Unding ist. Es ist einfach Gang und Gäbe, dass die Frage gestellt wird, und der Arzt sie beantworten muss. Bei der Simulationsprüfung, die Dr. Johannson in dankenswerter Weise uns hier vorgetragen, ist stets in erster Linie das Auftreten des Arztes dem Simulanten gegenüber die Hauptsache. Wenn die Refraktion genau skiaskopisch bestimmt ist, der event. nötige Zylinder in richtiger Axenstellung vor das Auge gelegt wird, gelingt es bei uns zu Lande noch den Simulanten zum Sprechen zu bringen, nötigenfalls werden dann andere Mittel, wie Aereoskope, Hasselberg'sche Sehproben etc. vorgelegt. Bei Simulation einseitiger Blindheit gelingt bisweilen folgendes Verfahren: Vor das sehende Auge wird, nachdem die Refraktion beider Augen korrigiert ist, ein Planglas gelegt, welches zuerst abgekühlt wurde (Aether, im Winter Stellen des Glases ins Fenster); durch die Körperwärme läuft das hart am Auge befindliche Glas an, und wird undurchsichtig. Der Simulant hat hiervon keine Ahnung und liest mit dem angeblich blinden Auge jetzt ruhig weiter. Die Lider müssen natürlich aufgehalten werden. Es macht den Eindruck, als wenn die Militairsimulanten zwecks ihrer Simulation geradezu eingeübt werden. In diesem Jahre habe ich eine ganze Reihe von Rekruten gesehen, welche ein ganzes Jahr vorher, trotzdem sie Emetropen waren, ein starkes Konkavglas 8—10 D. beständig trugen. So wussten sie, wie ungefähr die Welt durch derartige Brillen betrachtet aussieht, und gaben nur ein einigermassen passendes Sehvermögen zu, wenn die ihnen gewissermassen bekannten Gläser vorgesetzt wurden.

(Autoreferat).

Dr. Stavenhagen betont gleichfalls, dass die Gepflogenheit, die Schädigung der Erwerbsfähigkeit prozentualiter durch Aerzte bestimmen zu lassen, eine Unsitte sei. Er fragt sodann, ob Jemand mit $^1/_3$ Sehschärfe auf beiden Augen zur Arbeit auf der Waggonfabrik zugelassen werde; ob man dabei auf die spezielle Arbeit Rücksicht nehme. Die Simulation der Einschränkung des Gesichtsfeldes könne seiner Meinung nach doch wohl gewöhnlich erkannt werden; Redner führt einen konkreten Fall an.

Dr. Zwingmann meint, dass ungebildete Menschen wohl nicht die Gesichtsfeldeinschränkung simulieren könnten. Die Methoden, die Simulation einäugiger Sehschärfe nachzuweisen sind nach seiner Meinung im Allgemeinen nicht viel wert, da der Betreffende es verstehe im richtigen Moment das andere Auge zuzukneifen; auch bei der Untersuchung mit dem Stereoskop kneife der zu Untersuchende, das eine Auge zu und ist dann sofort orientiert.

Dr. Stavenhagen bemerkt, dass einseitige Einschränkung des Gesichtsfeldes bei Glaukom etc. vorkommen könne. Vor der Aufnahme eines Arbeiters müsse die Sehschärfe festgestellt werden, sonst werde die Frage sehr schwierig, wenn der Kranke eine neue Schädigung erhalte.

Dr. Johannson erwähnt schliessliesslich, dass die Gutachten vom Fabrikinspektor gewöhnlich anerkannt worden sind, ebenso vom Gericht. Die Bedeutung derartiger Untersuchungen müsse er jedoch entgegen einzelnen Aeusserungen von einigen Seiten aufrechterhalten.

d. Z. Sekretär: Dr. med. Theodor Schwartz.

Sitzung vom 7. Dezember 1905.

Dr. Helmboldt stellt 1) einen Patienten vor, welchen er vor 3 Wochen operierte; es bestand seit 2 Tagen eine hernia incarcerata sin., dabei unstillbares Erbrechen; bei der Operation fand sich im Bruchsack eine an der Kuppe schwärzlich verfärbte Darmschlinge und es wurden ca. 30 cmt. Darm reseziert; das Erbrechen stand sofort, am 2. Tage wurden Gase ausgestossen, am 6. Tage erster Stuhl; heute nach 3 Wochen nur eine kleine granulierende Stelle.

2) Demonstriert er einen durch die sectio alta gewonnenen Blasenstein; aus der Anamnese ist erwähnenswert, dass der Patient die Gewohnheit hatte sich selbst zu katheterisieren. und bei dieser Manipulation brach einmal ein kleines Stück des Katheters ab; dieses Stück fand sich im Zentrum des Steines.

p. I. der Tagesordnung: Dr. Otto Klemm referiert über einen Fall von Vergiftung mit Aspirin bei einem Kinde (von 4 Jahren). Das Kind hat 4 mal Aspirin à 0.25 bekommen. Das Bemerkenswerte des Falles besteht in dem Auftreten von Halluzinationen, für welche sich jedoch eine andere Genese als die Intoxikation durch Aspirin nicht annehmen lässt; Klemm meint, dass das Kind an gewöhnlicher Grippe erkrankt war, mit dem Ausscheiden des Aspirins aus dem Körper liessen auch die Halluzinationen nach und verschwanden, nachdem alles Aspirin ausgeschieden war.

Dr. Hampeln schliesst sich dieser Auffassung an, meint jedoch, dass die Halluzinationen auf der Vergiftung mit Salicyl beruhen. Bei der Behandlung des Typhus exanth. habe er im Krankenhause auch die Halluzinationen bemerkt, welche mit dem Aussetzen des Salicyls schwanden. Einmal sah er die Symptome der Dementia senilis bei Salicylgebrauch bei einer Cystitis: auch hier stellte sich ex juvantibus heraus, dass die Symptome durch den Salicylgebrauch hervorgerufen waren. Vor 15 Jahren habe er über diesen Fall in dieser Gesellschaft referiert.

Dr. Klemm möchte erfahren, ob auch anderwärts bei Aspiringebrauch diese Halluzinationen bemerkt worden sind, bei Salicylgebrauch sei es ja bekannt.

Dr. v. Krüdener erwidert darauf, dass er einen Patienten wegen Iritis mit Aspirin behandelt habe, welcher sagte, dass Aspirin ihn «aufrege», er habe dabei stark geschwitzt.

Dr. Hampeln bemerkt Dr. Klemm gegenüber, dass der Aspirin eben ein Salicylpräparat sei, es komme daher nur die Wirkung des Salicyls in Betracht. Im Uebrigen habe er kürzlich in der Literatur einen solchen Fall von Aspirinvergiftung verzeichnet gefunden.

Dr. M. Schönfeldt schliesst sich Dr. O. Klemm in Betreff der Auffassung des Falles an; der fieberhafte Zustand des Kindes könne nicht die Ursache der Halluzinationen gewesen sein; letztere seien bei fieberhaften Krankheiten nur von kurzer Dauer und treten entweder im Initialstadium oder bei der Entfieberung auf; bei der Influenza sei sonst schwere Benommenheit das Gewöhnliche; die Halluzinationen seien in diesem Fall daher wohl als Intoxikationsdelirien aufzufassen. Einzelne Menschen hätten eben gegen das Aspirin eine Idiosynkrasie; bei der Mehrzahl übe es freilich einen beruhigenden Einfluss aus. Es wäre interessant zu sehen, wie das Kind bei einer 2. Aspirinbehandlung in Zukunft einmal reagiere.

p. II. Dr. Gustav Kieseritzky hält seinen angekündigten Vortrag: «Beiträge zur Röntgenbehandlung der Leukämie». (Der Vortrag soll im Druck erscheinen).

Dr. Hampeln bemerk, dass sich aus diesen Mitteilungen eine auffallend günstige Beeinflussung der Symptome der Leukämie ergebe, welche bei anderen Mitteln nicht eintrete, daher sei die Hoffnung berechtigt, dass es in Zukunft gelinge, auch wirkliche Heilungen zu erzielen. Die auffallenden pathologischen Bildungen werden bei dieser Behandlung rückgängig und es könnte somit Lewit (Insbruck) in seiner parasitären Annahme der Aetiologie Recht haben. Sei jedoch die andere Auffassung des Wesens der Leukämie eine richtige, wonach die Leukamie mit einem Karzinom der lymphatischen Zellen verglichen wird, dann könne man an einen Erfolg kaum denken, da es sich dann eben um eine völlige Veränderung des Gewebes handeln würde, und könnte es sich dann nur um eine vorübergehende Besserung handeln. Bei der Annahme eines parasitären Ursprunges könnte man jedoch auf Genesung rechnen.

Die Leukämie habe viel Aehnlichkeit mit der Malaria; Lewit denke an eine Plasmodienerkrankung bei der Leukämie. Bei der Leukämie soll die Ausscheidung der Urate sehr zunehmen, daher sollte man annehmen, dass die Stoffwechsel-

produkte des Harnes auch sehr verändert sein mussten, Hampeln fragt, ob Kieseritzky nach dieser Seite seine Untersuchung auch ausgedehnt habe.

Dr. J. Eliasberg meint Dr. Hampeln gegenüber, dass der Erfolg nicht beweisend für die Aetiologie sei; auch bei reinen Sarkomen, so der Mykosis fungoides hätten wir Erfolge bei der Therapie, also bei reinen hyperplastischen Tumoren.

Dr. Paul Klemm weist auf die malignen Lymphome hin, welche Erkrankung der Leukämie nahe stehe und so zusagen in der Mitte zwischen Sarkom und Leukämie. Diese malignen Lymphome finden sich gewöhnlich bei jugendlichen Individuen; die Lymphdrüsen seien hyperplastisch; nach einer Extirpation seien regionäre Rezidive gewöhnlich. Die weissen Blutkörperchen seien nicht vermehrt, dies sei der Unterschied gegenüber der Leukämie; andererseits durchbrechen die Tumoren niemals die Kapsel, wieder im Gegensatz zu den Sarkomen, es treten auch keine Ulzerationen ein. Klemm meint, ob man nicht die Tumoren ebenfalls in den Kreis der Röntgenbehandlung ziehen solle.

Dr. W. Lieven weist darauf hin, dass auch bei der Pseudoleukämie keine Erfolge bei der Therapie erzielt würden. Die Grenzen zwischen dieser und der Leukämie seien ja auch noch nicht fest gezogen, auch von Lazarus und Ehrlich nicht. Durch die Röntgentherapie würde man in Zukunft vielleicht dazu kommen festzustellen, welcher Fall zur Leukämie und welcher zur Pseudoleukämie gehört.

Dr. Paul Klemm erwidert, dass er diese Fälle gemeint habe, diese pseudoleukämischen Fälle werden eben als maligne Lymphome bezeichnet; diese letzteren machen keine Metastasen auf dem Wege der Blutbahn, machen nur regionäre Metastasen; diese Fälle sind nicht schwer abzugrenzen.

Dr. Kieseritzky teilt auf die Frage Dr. Hampeln's mit, dass quantitative Harnsäurebestimmungen bei bestrahlten Leukämikern von vielen Autoren ausgeführt worden sind. Auch Vortragender hat in seinen beiden ersten Fällen quantitative Bestimmungen der ausgeschiedenen Harnsäuremenge gemacht und analog den von anderen Seiten mitgeteilten Resultaten eine starke Steigerung der täglichen Harnsäureausfuhr feststellen können; so betrug z. B., beim ersten Patienten die in 24 Stunden ausgeschiedene Harnsäuremenge zeitweilig 2,5—3,0 gr. während sie unter normalen Verhältnissen 0,4—1,4 in der Regel 0,8 gr. beträgt. Auch diesbezügliche Untersuchungen der Phosphorsäureausscheidung haben eine Steigerung derselben ergeben.

Dr. Klemm erwidert der Vortragende, dass sich bei der Behandlung der Pseudoleukämie mit Röntgenstrahlen dieselben Resultate ergeben haben, wie bei der Leukämie, während sich bei dem Lymphosarkom und verwandten Krankheiten eine Besserung nicht erzielen liess.

d. z. Sekretär: Dr. Theodor Schwartz.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der Militär-Medizinalinspektor der Truppen des Fernen Ostens Dr. Bystrow ist zum Gehülfen des Chefs der Ober-Militär-Medizinalverwaltung ernannt worden.

— Der Chef des Medizinalwesens von Finland Dr. v. Wahlberg ist auf sein Gesuch mit Pension verabschiedet worden. Zu seinem Nachfolger als Generaldirektor des finländischen Medizinalwesens ist der Dozent für innere Medizin an der Helsingforser Universität Dr. Sievers ernannt worden.

— Auf eine 25-jährige Tätigkeit als Universitätsprofessor kann der ausserordentliche Professor an der Universität Berlin und dirigierende Arzt der inneren Abteilung des Augusta-Hospitals, Dr. Karl Anton Ewald, zurückblicken. Der ausgezeichnete Internist, welcher im 61. Lebensjahre steht, habilitierte sich 1874 in Berlin und erhielt 1881 ein Extraordinat. Ewalds wissenschaftliche Tätigkeit liegt speziell auf pathologischem Gebiet; er ist aber auch bekannt als Begründer einer schon jetzt weitverbreiteten Schule junger Forscher, deren Arbeiten sich auf dem wichtigen Gebiete der Verdauungskrankheiten bewegen.

— Zum Gehülfen des Kurländischen Gouvernements-Medizinalinspektors ist, der «Kurl. Gouv.-Ztg.» zufolge, der Bauskesche Kreisarzt Dr. Raphael ernannt worden. — Dr. R. ist ein ehemaliger Jünger der Dorpater Universität, an welcher er i. J. 1891 die Venia practicandi erlangt hat.

— Es ist nun doch ein neuer Oberarzt für die Irrenanstalt Nikolaus des Wundertäters hierselbst gewählt. Der Konseil der Oberärzte der städtischen Hospitäler hat von den zum Ersatz Dr. Reformatski's vorgeschlagenen 6 Kandidaten die Doktoren A. Mendelsohn und L. Finkelstein als Kandidaten für den vakanten Posten des Oberarztes an dem genannten Irrenhospital der städtischen Hospitalkommission vorgestellt, welche Dr. L. Finkelstein gewählt hat.

— Der bekannte Syphilidologe und Dermatologe Prof. Dr. Ph. Pick in Prag tritt demnächst in den Ruhestand. Für die durch seinen Rücktritt zum 1. Oktober vakant werdende ordentliche Professur für Hautkrankheiten und Syphilis an der deutschen Universität Prag sind vorgeschlagen worden: an erster Stelle Prof. Dr. Kreibisch in Graz und Prof. Dr. Rille, ordentlicher Honorarprofessor in Leipzig, an zweiter Stelle die Privatdozenten der Prager deutschen Universität Dr. L. Waelsch und Dr. R. Winternitz.

— Nachdem Prof. Dr. A. Hoche in Freiburg den Ruf an die Strassburger Universität als Nachfolger Prof. Fürstners abgelehnt hat, ist jetzt Prof. Dr. Wollenberg aus Tübingen als Ordinarius der Psychiatrie und Direktor der psychiatrischen Klinik berufen worden und wird dem Rufe Folge leisten.

— Der Arzt Elias Salzmann ist der «Estl. Gouv.-Ztg.» zufolge zum ausseretatmässigen Arzt am Hungerburgschen Post- und Telegraphenkontor ernannt worden.

— Der Professor der gerichtlichen Medizin an der Pariser medizinischen Fakultät Dr. Brouardel gibt wegen der von uns in Nr. 19. S. 207 erwähnten durchgreifenden Veränderungen, welche der Unterrichtsminister Briand an der Universität angekündigt hat, sein Lehramt auf. Die Gesellschaft der Gerichtsärzte in Paris hat beschlossen, eine Kollekte unter den Aerzten Frankreichs und des Auslandes zu veranstalten, um dem greisen Gelehrten eine Medaille und ein Album mit den Unterschriften der Teilnehmer darzubringen.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 16. Juni in St. Petersburg der Gehülfe des Inspektors des Hofmedizinalwesens Dr. Alexander Geschwend plötzlich im 62. Lebensjahre. Der Verstorbene, der sich speziell mit Geburtshülfe und Frauenkrankheiten beschäftigte war seit 1875 als Arzt tätig. 2) Am 3. Juni in Nishni-Nowgorod der Oberarzt des dortigen Gouvernements-Landschaftshospitals Dr. Johann Arapowski im Alter von 56. Jahren. Seine ganze 32-jährige ärztliche Tätigkeit hat der Verstorbene der Nishni-Nowgorodschen Landschaft gewidmet. 3) In Odessa am 3. Juni der Landschaftsarzt aus Bjelzy (Bessarabien) Dr. Anton Uskat im 44. Lebensjahre. Nach Erlangung des Arztgrades i. J. 1891 trat er in den Landschaftsdienst in Bjelzy, wo er sehr bald als Arzt wie als Mensch beliebt und populär wurde. 4) Im Kirchdorfe Tchorowka (Gouv. Kiew) die bei der Landschaft und einer Fabrik angestellte Aerztin Faina Lissjanskaja-Matthiesen im 44. Lebensjahre. Die Venia practicandi hatte die Verstorbene i. J. 1887 erlangt. 5) Kurz vor Schluss der Redaktion finden wir die überraschende Meldung aus Hamburg, dass dort am 9./22. Juni Dr. Fritz Schandin, der Entdecker des Jahrzehntelang gesuchten Syphiliserregers, gestorben ist.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Der Privatdozent der militär-medizinischen Akademie Dr. W. Orlowski ist, wie verlautet, von den 11 Kandidaten zum ausserordentlichen Professor der medizinischen Diagnostik an der Universität Kasan gewählt worden.

— Das neue Statut des St. Petersburger weiblichen medizinischen Instituts soll, dem «Herold» zufolge, in diesen Tagen der Reichsduma vorgelegt werden. Nach diesem Statut werden zum Besuch der Vorlesungen Personen beiderlei Geschlechts, ohne Unterschied der Nationalität und Konfession, zugelassen. Nach dem neuen Projekt kann niemand vom Lehrpersonal des Instituts zu einem Range befördert und mit einem Orden dekoriert werden.

— Ein weiterer Schritt in der Ausgestaltung der medizinischen Fakultät der Universität Münster i. W. ist die Errichtung einer ordentlichen Professur für Physiologie. Das neue Ordinariat ist dem bisherigen ausserordentlichen Prof. Dr. Rudolph Rosemann übertragen worden.

— Da der Oberarzt des städtischen Krankenhauses in Frankfurt a. Main Prof. Dr. Karl v. Noorden einem Rufe auf den durch Prof. Nothnagels Tod erledigten Lehrstuhl der inneren Medizin folgt, so ist als sein Nachfolger der Leiter der medizinischen Klinik in Giessen, Prof. Dr. Fritz Moritz, in Aussicht genommen.

Standesangelegenheiten.

— In dem Gesetzesentwurf zur Reform der Mittelschulen will das Ministerium der Volksaufklärung in den reformierten Schulen dem Arzt grössere Rechte geben als er sie bis jetzt besitzt. Aerzte sollen auch den Unterricht in der Hygiene und Naturgeschichte erhalten.

— Die Arretierung von medizinischem Personal wegen Beteiligung an politischen Umtrieben dauern noch immer fort. In Warschau hat in der Nacht auf den 30. Mai in der geburtshülflichen Anstalt auf den Namen Wawelbergs eine Haussuchung stattgefunden und ist dort die dejourierende Hebamme verhaftet worden.

— In Jalta ist der dort arretierte Dr. W. Ssaltykow auf Bürgschaft aus der Haft entlassen worden. Er wird sich in der nächsten Zeit vor dem Gericht wegen Aufreizung zu bewaffnetem Aufstande zu verantworten haben.

— Der Fabrikarzt Const. Orlow im Kirchdorfe Wassiljewskoje, der mit anderen im Januar verhaftet, nach 2 Monaten aber wieder freigelassen wurde, ist am 15. Mai mit seinen Leidensgenossen wieder arretiert und auf 4 Jahre ins Gouvernement Tomsk verbannt worden.

— Am 26. Mai ist der in Paris verstorbene bekannte Syphilidologe Prof. Dr. Benjamin Tarnowski in Jalta auf dem dortigen Friedhofe zur Erde bestattet worden, bei welcher Gelegenheit der Senior der Jaltaschen Aerzte Dr. Friedrich Weber die Gedächtnisrede gehalten hat.

— In dem Gerichtsverfahren gegen den früheren Oberkommandierenden der russischen Flotte im Grossen Ozean Vizeadmiral Roshdestwenski werden, wie die Tageszeitung «Nascha Shisn» erfährt, auch zwei japanische Aerzte die dem russischen Vizeadmiral bald nach der unglücklichen Schlacht bei Zushima die erste ärztliche Hülfe erwiesen, vom Marinegericht als Zeugen aufgefordert werden.

— Ein heisser ärztlicher Wettbewerb hat sich, wie aus Berlin berichtet wird, um die vom Berliner Magistrat ausgeschriebenen Arztstellen an den städtischen Krankenhäusern entsponnen. Für 18 zu besetzende Stellen, die mit je 5000, 4000 und 3000 Mk. dotiert sind, haben sich nicht weniger als 179 Aerzte aus Berlin und von auswärts gemeldet. Von diesen sind, wie in der Sitzung der Deputation für die städtischen Krankenanstalten und die Oeffentliche Gesundheitspflege in Berlin von dem Vorsitzenden Dr. Weigert mitgeteilt wurde, für die ausgeschriebenen Stellen am demnächst zu eröffnenden Rudolf Virchow-Krankenhause als Kandidaten aufgetreten: 24 Aerzte für die Stelle eines Dirigierenden Arztes an der inneren Abteilung, 22 Aerzte für die eines Dirigierenden Arztes an der chirurg. Abteilung, 20 für die eines dirigierenden Arztes an der Entbindungsanstalt und gynäkologischen Abteilung. Diese Stellen sind mit je 5000 Mark Gehalt dotiert. Ferner haben sich gemeldet: 21 Aerzte für 2 Stellen an die Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke, 5 an der Abteilung für ansteckende Krankheiten mit je 4000 Mark Gehalt. Mit der letzteren Stelle ist die Leitung des an das Virchow-Krankenhaus angegliederten königl. Instituts für Infektionskrankheiten verbunden. Meldungen sind weiter eingelaufen von 25 Aerzten als Kandidaten für die ophthalmologische Abteilung, von 16 Aerzten für die Stelle an der Abteilung für Hals-, Ohren- und Nasenkranke mit je 3000 Mark Gehalt, 10 für die Stelle eines leitenden Arztes für die hydrotherapeutische Anstalt und des mediko-mechanischen Instituts (Gehalt 3200 Mark), 8 für die Stelle des leitenden Arztes am Röntgen- und Finsenlaboratorium (Geh. 4000 Mk.), 5 für die Stelle eines Prosektors, 15 für 2 Vorsteher der bakteriologischen und der chemischen Abteilung (mit je 3000 Mk. Gehalt). Ausserdem haben sich gemeldet: 8 Aerzte für die pathologisch-anatomischen Anstalten an den städtischen Krankenhäusern am Friedrichsheim, Moabit, und Urban, ferner 1 Arzt für die Stelle eines leitenden Arztes für das Röntgenlaboratorium beim Krankenhause in Moabit und 6. für die Stelle des leitenden Arztes der orthopädischen- und Röntgen-Abteilung beim Krankenhause am Urban — mit je 3000 Mk. Gehalt. Die Wahlen werden von der Deputation für die städtischen Krankenhäuser vorbereitet und dann dem Magistrat zur Bestätigung vorgelegt werden.

Verschiedene Mitteilungen.

— Dem verstorbenen, um die Jenaer Universität hochverdienten Leiter der optischen Karl Zeiss-Werke, Prof. Ernst-Abbe, aus dessen Hinterlassenschaft, wie wir vor kurzem mitteilten, jährlich 90,000 Mark für Professorengehälter der Universität Jena gezahlt werden, wir in nächster Zeit in Jena ein Denkmal gesetzt werden.

— Die letzte Wintersaison in Meran ist, wie von der Verwaltung mitgeteilt wird, von 19,014 Personen (1593 mehr als im Vorjahr) besucht worden, darunter 2306 aus Russland (679 mehr als im Vorjahr).

— Das neue Heilverfahren des Genfer Arztes Dr. Odier gegen Krebs, das vor einigen Monaten in der Pariser «Semaine médicale» veröffentlicht wurde, begegnet, einer Mitteilung aus Bern zufolge, in den Kreisen der Berner medizinischen Fakultät in therapeutischer und praktischer Hinsicht entschiedenen Zweifeln. Bisher sind aber Versuche an Tieren gemacht worden.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 10. Juni d. J. 10929 (111 mehr als in der Vorwoche), darunter 1007 Typhus — (39 mehr), 1057 Syphilis — (5 mehr), 365 Scharlach — (2 mehr), 167 Diphtherie — (3 wen.), 136 Masern — (17 mehr), und 33 Pockenkranke — (8 mehr als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 4. bis zum 10. Juni d. J. im ganzen 876 (485 M., 391 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 33, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 56, Scharlach 18, Diphtherie 19, Croup 0, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 22, Erysipelas 7, Grippe 9, Katarrhalische Lungenentzündung 97, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 9, Tuberkulose der Lungen 87, Tuberkulose anderer Organe 23, Alkoholismus und Dilirium tremens 13, Lebensschwäche und Atrophia infantum 56, Marasmus senilis 28, Krankheiten des Verdauungskanals 146, Totgeborene 44.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. –Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersb., Petb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 26 St. Petersburg, den 1. (14.) Juli. 1906.

Vererbung der Schwindsucht vom biologischen Standpunkte.

Von

Dr. S. Unterberger.

(Schluss.)

II.

Wie wir sehen sind die neuesten Forschungen auf dem Gebiete der Entwickelungs-Mechanik aus dem Bereiche der Hypothesen getreten und wir fangen an Fuss zu fassen an Tatsachen. Diese zytologischen Forschungen ergänzen sich zudem bereits in vielen Stücken durch verschiedene Züchtungsversuche. Wie gering die gewonnenen Tatsachen aber auch sind, sie geben doch schon eine Handhabe uns klarere Begriffe zu machen auch über die Vererbung der Schwindsucht, oder exakter ausgedrückt über die Vererbung der Anlage zur Schwindsucht. Zur Lösung dieser wichtigen Frage sind aber auch wir praktische Aerzte in hohem Grade im Stande fördernd zu wirken und zwar durch systematische Aufstellung von Ahnentafeln. Riffel hat bereits ein schönes Material dazu geliefert, indem er kleine Orte zum Gegenstande seiner Studien wählte und eine Zusammenstellung der Todesursache bei den Einwohnern durch mehrere Generationen in der Ascendenz in mühevoller Weise zusammengebracht hat. Riffel's Arbeiten wurden aber seinerzeit unter dem einseitigen Einflusse der Bakteriologen nicht genug gewürdigt. Erst in jüngster Zeit, veranlasst durch die hervorragenden Studien über Pathogenese der inneren Krankheiten von Prof. Martius[1]) fangen seine Arbeiten an immer mehr zur Geltung zu kommen.

Nach der Entdeckung des Koch'schen Bacillus wurde für die Entstehung der Phthise durch Inhalation der bekannte Teppichversuch Cornet's von grossem Einfluss. Cornet liess in einem Zimmer einen Teppich, auf dem Phthisiker-Sputum eingetrocknet war, ausklopfen: von 48 Meerschweinchen, welche in diesem Zimmer in verschiedener Höhe in Käfigen untergebracht waren, starben 47 mit dem typischen Befund der Tuberkulose von Lungen, Bronchialdrüsen etc. Die Beweiskraft dieses Versuches erschien trotz der unnatürlichen Verhältnisse so stark, dass lange Zeit die Inhalationstheorie fast als Dogma galt.

Als Experimente an Menschen, bei denen alle Bedingungen als erfüllt angesehen werden können, die Cornet für seine Staubinhalationsexperimente verlangte, wurden zwar zahlreiche Erfahrungen angeführt, aber blieben unberücksichtigt, weil sie gegen die herrschenden Anschauungen und speziell gegen die krasse Auffassung der Inhalationstheorie sprachen. Von den zahlreichen Beobachtungen möchte ich hier nur folgenden Fall von Riffel[2]) anführen, der zur Evidenz zeigt, dass zur Entstehung der Phthise eine Anlage vererbt werden muss.

«X, erblich belastet, über 15 Jahre schwindsüchtig, hatte wie so viele andere, die unschöne Gewohnheit, auf den Zimmerboden zu spucken und das Sputum dann mit dem Schuhwerke zu zertreten. Wenn nun seine Frau, die auch während seiner Krankheit das Bett mit ihm teilen und sich des Nachts von ihm anhauchen und anhusten und anschwitzen lassen musste, des Morgens aufstand, so war eines ihrer ersten Geschäfte, dass sie das Zimmer auskehrte und angesichts dessen, was in einem solchen von armen Leuten bewohnten Zimmer alles vorgenommen wird, dabei einen nicht geringen Staub aufwirbelte, der dann von ihr und einem halben Dutzend kleiner Kinder mit vollen Zügen eingeatmet wurde. Aber noch mehr. Diesen Staub, der sich natürlich alsbald wieder von Neuem auf dem Boden und auf den Möbeln und an den Wänden festsetzte, hat

[1]) Martius. Pathogenese innerer Krht. 1903 und Krankheitsanlage und Vererbung 1905.

[2]) Riffel. Die Erblichkeit der Schwindsucht etc. 1890 und Mittell. über die Erblichkeit etc. 1902.

die Frau nicht etwa fein säuberlich mit einem feuchten Tuche wieder abgewischt und desinfiziert. Nein, dafür hatte sie kein Verständnis und dazu hatte sie namentlich keine Zeit. Denn nach dieser Arbeit musste sie machen, dass sie in ihr Geschäft kam, um etwas zum Unterhalt ihres kranken Mannes und ihrer Kinder, die sich tagsüber auf dem staubigen Boden und auf den staubigen Möbeln herumtrieben und gelegentlich auch ihre beschmutzten Finger in die Nase und in den Mund steckten, zu verdienen. Und was ist das Resultat nicht dieses einzigen, sondern dieser Tausende von Einzelexperimenten, die im Verlaufe von vielen Jahren alltäglich mit denselben Menschen ausgeführt wurden? Das Resultat dieser Experimente, dass die Frau jetzt, nachdem ihr Mann bereits drei Jahre tod ist, noch ganz wohl sich befindet, ganz gut aussieht und nach wie vor ihren Geschäften nachgeht. Aber auch ihre 9 Kinder sind gesund. Nicht einmal skrophulös ist eines geworden. Solche Experimente haben nun auch noch den grossen Vorzug vor den Cornet'schen Tierexperimenten, dass jedermann die Resultate mit blossem Auge sehen, mit Händen greifen und ganz genau untersuchen kann! Man könnte nun vielleicht einwenden, dass diese Frau und dass eines und das andere dieser Kinder doch noch schwindsüchtig werden könne. Das ist meiner Erfahrung nach, schreibt weiter Riffel, sogar sehr wahrscheinlich. Denn die Frau stammt aus einer erblich belasteten Familie und die noch ganz gesund und blühend aussehenden Kinder sind es somit umsomehr. Wenn nun aber die eine und andere dieser Personen nach 5, 10, 15 oder noch mehr Jahren schwindsüchtig wird, so wird doch — extreme Bakteriologen etwa ausgenommen — Niemand behaupten wollen, dass sie schwindsüchtig wurden, weil sie vor so und so viel Jahren T. bazillen eingeatmet oder verschluckt hatten! Das erschiene angesichts des exakt wirkenden Tierexperimentes etwas wunderbar! Da hat doch die Annahme viel mehr für sich, dass die betreffenden Personen schwindsüchtig wurden, weil ihre ererbte „schwache Konstitution“ nur auf eine gewisse Zeit geaicht war oder weil ein Moment, das sie so lange erhielt, ausgefallen oder weil ein solches, das den Absterbeprozess einleitete, dazu gekommen ist...

Was versteht nun die Biologie unter Vererbung im Allgemeinen?

Unter ererbt versteht die Biologie nur solche Eigenschaften oder materielle Substrate, die als Anlagen im Keimplasma der elterlichen Geschlechtszellen enthalten waren. Die ganze Erbmasse des neuen Individuums steckt materiell in den beiden nach dem Kopulationsakte miteinander verschmelzenden Geschlechtszellen—dem Ei und dem Spermatozoon. Ist diese Verschmelzung geschehen, so ist der Akt der Vererbung vollendet. Angeboren (kongenital) ist also alles, was ein Kind mit auf die Welt bringt. Ererbt ist aber nur das, was aus den Determinanten der beiden Geschlechtszellen sich entwickelt. Intrauterine Erwerbungen sind somit als angeboren zu bezeichnen, nicht als ererbt.

Das Anlagekapital an geistigen und körperlichen Eigenschaften und Fähigkeiten, an Eigentümlichkeiten krankhafter oder gesundhafter Art, das ein jeder von uns mit auf die Welt gebracht hat, verdankt er beiden Eltern zu gleichen Teilen. Seinen direkten embryologischen Ausdruck findet dieses biologische Postulat in der Tatsache, wie wir gesehen, dass nach Teilung der Chromatinfäden — durch Reduktionsteilung — die Hälfte eines jeden Kernes der beiden Geschlechtszellen mit der Hälfte des anderen zu je einem neuen Kern sich vereinigt, so dass nunmehr in der gemeinschaftlichen Protoplasmamasse zwei neue Kerne sich dann bilden, von denen jeder ebenso viel Material vom männlichen Spermatozoon besitzt, wie vom weiblichen Ei. Und so geht die Teilung weiter. Daher kommt es, dass in dem neuen aus dem Ei sich entwickelnden Tiere in allen Zellen seines Körpers gleichviel Chromatin (Keimsubstanz) väterlichen wie mütterlichen Ursprunges enthalten ist. Das neue Wesen ist in allen seinen Teilen und künftigen Eigenschaften fest bestimmt. Der Einfluss der Mutter, der von nun an allein wirksam wird, kann daher nur ein modifizierender, die Entwicklung hemmender oder fördernder sein. Aber es kann der nun fixierten Erbmasse nichts neues, keine Determinante mehr hinzufügen.

Wie steht es nun mit der wichtigen Frage von der Vererbung erworbener Eigenschaften?

Während Virchow erklärte: was der Mensch erworben, kann er vererben, leugnet Weissmann keineswegs, dass eine allmalige Umgestaltung des Keimplasmas durch äussere Einflüsse, namentlich der Ernährung, stattfinden kann, aber bei dem artfest gewordenen d. h. historischen Menschen spielt die Vererbbarkeit erworbener krankhafter Eigenschaften keine nennenswerte oder überhaupt nachweisbare Rolle in der Krankheitsentstehung. Man kann sich dieses Bild vorstellen durch Keimesvariation d. h. durch eine Neukombination der einzelnen Bestandteile der Vererbungssubstanz (der Determinanten) durch rein embryologischen Vorgang der Kernverschmelzung beider Geschlechtszellen nach vorausgegangener Ausscheidung je einer Hälfte der Vererbungsmasse (Reduktionsteilung). Diese Hälften sind jedes Mal qualitativ verschieden, sie können in einer Hälfte sehr stark vertreten sein oder sehr schwach; in letzterem Falle stellen sie den Latenzzustand dar, welches sich unter gewissen Umständen wiederum mächtig entwickeln und stark vertreten sein kann. Dieser Vorgang ist ein typisch endogener. Dass ganz neue Eigenschaften oder Krankheitsanlagen bei der heutigen Menschheit vor unseren Augen entstehen, ist möglich, meint Martius, aber sicher extrem selten. Wie Lorenz mit Recht hervorhebt, hat sich der historische Mensch nachweislich weder physisch noch intellektuell irgendwie wesentlich geändert.

Die Krankheitsdeterminanten, die jeder einzelne von uns in wechselnder Zahl, Art und Kombination aufweist, stammen, wie alle seine Determinanten überhaupt, aus seiner, ihm individuell zugehörigen Ahnenmasse. Was in dieser nicht vorgebildet ist von weiter vererbbaren Anlagen (Determinanten), das bringt kein äusserer Einfluss mehr in das nach der Kernverschmelzung gegebene und fest begrenzte individuelle Keimplasma hinein.

„Die Erfahrung lehrt, dass in allen wesentlichen Zügen alle normalen Einzelwesen einer Gattung sich gleichen. Es giebt einen Typus Menschen. Die die Gattung bestimmenden Determinanten sind also allen Individuen derselben gemeinsam“. Die individuellen Differenzen setzen Determinanten voraus, die im Ahnenplasma des Einzelnen vorhanden sein können, aber nicht müssen. Je höher organisiert die ganze Gattung, desto grösser die Zahl dieser individuell wechselnden Determinanten. Wenn die Genealogie lehrt, dass jeder Mensch in der siebenten Generation aufwärts schon 128, in der achten 256, in der zwölften bereits 4096 Ahnen gehabt hat, die alle individuell verschieden waren und von denen allen er eine oder mehrere besondere individuelle Determinanten geerbt haben kann, so begreift sich die ungeheure Zahl individueller Kombina-

tionen, die bei seiner eigenen Zeugung möglich war, von denen aber nur eine sich realisiert hat.

Der Begriff der erblichen Belastung wird meist viel zu eng gefasst. Nicht die Tatsache allein, ob eines der Eltern oder beide an der gleichen Krankheit gelitten haben, wie der Explorand, ist entscheidend. Auf dieser engen Basis aufgebaute Statistiken bringen uns allein wissenschaftlich nicht weiter. Denn alle krankhaften Anlagen, die bei irgend einem Individuum hervortreten, sind als ererbte anzusehen, ganz gleichgiltig, ob die entsprechenden Krankheiten bei den Eltern oder deren Vorfahren nachweisbar sind oder nicht. Die latente Vererbung spielt nämlich in der Pathologie eine viel grössere Rolle, als gewöhnlich angenommen wird. Nur ist es bei der Unsicherheit unserer genealogischen Familienkenntnisse auch nur über die nächsten Generationen hinaus meist sehr schwer den Nachweis zu führen, bei welchen der zabllosen Ahnen die entsprechende Determinante zur Entwickelung gekommen ist.

Die Frage nach der Vererbung pathologischer, wie auch normaler psychischer und leiblicher Charaktere läuft nun aber einfach auf eine Wahrscheinlichkeitsrechnung hinaus. Kein vernünftiger Mensch, sagt Martius, glaubt an die Möglichkeit eines Systems, mit dem es gelingen müsse in Monte Carlo mit Sicherheit vorauszuberechnen, ob im Einzelfalle die Kugel auf rouge oder noir oder gar auf Zero fällt. Was wir wissen, ist nur, dass die Wahrscheinlichkeit für rot sich wie 1 zu 2, für Zero aber nur wie 1 zu 36 verhält. Ungefähr mit ähnlicher Wahrscheinlichkeit wissen wir, dass für ein Elternpaar seine Kinder mit dem komplizierten Determinantenkomplex, den wir „ausgesprochene phthisische Anlage" nennen, um so geringer, je weniger Phthise in der beiderseitigen Ahnenmasse aufzufinden ist. Dabei ist aber keineswegs gesagt, dass aus einer tuberkulös stark belasteten Ahnenmasse im Einzelfalle ein besonders widerstandsfähiges Individuum hervorgehen kann. Wer Pech hat, erwischt bei der Kernverschmelzung, aus der er hervorging, selbst die einzige schwarze Kugel (d. h. Krankheitsdeterminante) die in seiner Ahnenmasse steckte, während ein anderer fast nur aus weissen Kugeln entstand.

Wir können jetzt nicht mehr leugnen die Existenz einer Anlage, einer Disposition für Schwindsucht. Die Disposition ist nicht etwas in der Luft Schwebendes, sie muss irgendwo ihren Sitz haben d. h. ein Substrat, in dem sie sich entwickelt und abläuft. Krankhafte Störungen oder krankhafte Veränderungen ohne anatomischen Sitz giebt es nicht. Diesen anatomischen Gedanken Virchow's dürfen wir bei Besprechungen der Pathogenese der Krankheiten nie vergessen, nie aus den Augen lassen.

Wichtig ist jetzt nur die Frage zu entscheiden, welches denn eigentlich die Gewebszellen sind, an welche die spez. tuberkulöse Anlage gebunden. Endgültig ist diese Frage immer noch nicht entschieden, doch scheinen die neuesten Arbeiten, so unter anderem die Arbeiten von Weleminsky dafür zu sprechen, dass die Tuberkelknötchen sich stets im Lymphsystem entwickeln[3]). Von Alters her ist die „lymphatische Konstitution" eng verbunden mit der Schwindsucht und wir sehen ja meist auch das Lymphsystem bei der Phthise ergriffen. Der Tuberkel wird ja auch als Lymphom von Virchow bezeichnet.

[3]) Unterberger. Zur Frage über die Erblichkeit der Schwindsucht. 1901.

Derselbe: Der konstitutionelle Faktor in der Schwindsuchtsfrage. 1905.

«Die Anlage zur Phthise stellt nicht eine spezifische Determinante dar, sie setzt sich viel mehr in jedem Falle aus einer ganzen Reihe an sich variabler anatomisch-physiologischer Faktoren zusammen, die nach Menge und Ausprägung den grössten Schwankungen unterliegen und sich bald so, bald so kombinieren können. So ist mehr oder weniger schliesslich jeder disponiert, aber es bestehen ja nach Menge, Hochgradigkeit und zufälliger Kombination jeder Einzelmomente zwischen den einzelnen Individuen bedeutende Unterschiede in der Widerstandskraft gegen die Wirkung der tub. Infektion — von den geringsten bis zu den stärksten Graden der phthisischen Veranlagung in zahllosen Abstufungen und Kombinationen» (Schlüter-Martius).

Wenn wir das Lymphsystem für den anatomischen Sitz der Tuberkulose halten müssen, so erklärt sich leicht das vielfältige Bild derselben in allen Organen, da alle Organe Lymphgefässe besitzen. Bei der Anlage wird beim Kinde das krankhaft disponierte Lymphsystem nicht gleichmässig, sondern bald in einem, bald in dem anderen Organ vererbt und wir sehen, dass Tuberkulose bald in den Lungen, bald in Knochen, Gehirn und anderen Organen auftritt, ganz wie wir es bei der Anlage zur Arteriosklerose beobachten, wo bald Gehirnapoplexie, bald angina Pectoris, bald Endarteritis obliterans die Todesursache bildet.

Wir müssen bei der Frage über Phthise nicht vergessen, dass es auch nicht tuberkulöse Phthisiker giebt z. B. bronchiektatische oder katarrhalische Phthise alter Leute, karzinomatöse, aktinomykose Phthise und besonders auch chronische indurative Lungenentzündungen nach Staubinhalationen — die tuberkulös werden können, aber nicht müssen.

Bei der Ubiquität der Tuberkelbazillen entsteht nur dann Phthise, wenn die infizierten Organismen dazu die Bedingungen d. h. Anlage bieten. Und wie gross ist die Infektion der Lungen ohne nachfolgende Phthise! Nach Naegeli, Franz u. A. hat jeder Mensch nach dem 30. Jahre Zeichen von stattgefundener Infektion mit Tuberkelbazillen! Wer aber ein Mal die Disposition zur Schwindsucht ererbt, die ja qualitativ verschieden ist, so kann die Anlage auch ohne Tuberkelbazillen, allein durch Influenzabazillen oder durch Strepto- oder Staphylokokkeninvasion den Tod zur Folge haben, ist also im Grunde gestorben an den Folgen ererbter Anlage zur Phthisis.

Von sehr grosser Wichtigkeit ist also die Anlage, und die Erforschung der Pathogenese der Schwindsucht sollte auf dem von Riffel eingeschlagenen Wege weiter durchgeführt werden, wenn auch nur in einzelnen Familien.

Es ist das ein Verdienst des Historikers Prof. Lorenz, wie Martius es hervorhebt, dass wir einen neuen Weg der Verwendung der Ahnentafeln betreten haben, um in der Frage der Erblichkeit pathologischer Anlagen weiter zu kommen. Schlüter hat aus den wertvollen Arbeiten von Riffel Ahnentafeln zusammengesetzt, wo die gesamte Erbmasse des Einzelindividuums ganz und voll zum Ausdruck kommt. In den Ahnentafeln steckt die ganze Erbmasse des als Ausgangspunkt gewählten Individuum, die weiblichen Ahnen sind vollständig darin enthalten, während bei den Stammbäumen nur solche Mitglieder verzeichnet sind, die denselben Familiennamen führen.

Schlüter[4]) führt aus der Riffel'schen Arbeit nur vier Beispiele an und stellt in diesen schon recht vollständige Ahnentafeln zusammen, die bis zu 62 Ahnen

[4]) Schlüter. Die Anlage zur Tuberkulose. 1905.

durch 5 Generationen aufweisen. Wie wir früher gesehen, sind die Dörfer, die Riffel beschrieben, stark verseucht bei vollständig antisanitären Verhältnissen, so dass eine ganz aussergewöhnliche Exposition für jeden Insassen vorhanden. Z. B. die Familie Weick in Tafel I. war einer Infektion besonders stark exponiert und wird einer öfteren Infektion schwerlich entgangen sein, sie blieb durch 5 Generationen in bezug auf Schwindsucht verschont! In anderen Tafeln kann man deutlich verfolgen, wie die phthisische Belastung forterbt oder wo die nichtbelasteten verschont bleiben [*]).

Die Konstitutions-Pathologie, auf die Hueppe als erster mit Nachdruck aufmerksam gemacht, stellt somit die Rolle der Heredität bei der Krankheitsentstehung in das rechte Licht. Andere Ursachen können nur da Krankheitsvorgänge auslösen, wo sie eine entsprechende spezifische Anlage vorfinden.

Welche Begriffe existieren aber immer noch unter Aerzten über Vererbung und Anlage in der Pathologie der Phthise?

Während Koch im Jahre 1884 vorläufig die Annahme einer Disposition noch bestehen zu lassen meint, erklärt er auf dem Londoner Kongress vor wenigen Jahren, dass die erbliche Tuberkulose doch praktisch gar keine Bedeutung habe. Die Disposition giebt Koch zu, die Erblichkeit leugnet er, sagt Martius. Wie verhalten sich nun aber Disposition und Vererbung zu einander? Wenn es Phthisikerfamilien giebt, die von Hause aus eine verringerte Widerstandskraft gegen den Tuberkelbazillus mit auf die Welt bringen, so muss diese besondere Disposition oder Anlage auch ererbt sein, sie muss, um in der Sprache der Biologie zu reden, in bestimmten Determinanten oder Determinantengruppen gegeben sein, die diesem Individuum in seiner Erbmasse mitgegeben sind. Es ist biologisch unmöglich, die Bedeutung der Veranlagung für die Phthiseogenese zuzugeben und doch die Rolle der Vererbung nicht sehen zu wollen. Dieser scheinbare Widerspruch erklärt sich aber sofort, wenn es nun klar wird, dass Koch nicht an die Vererbung im exakt biologischen Sinne gedacht, sondern lediglich die germinative event. plazentare Infektion im Auge gehabt hat. Auch Behring spricht sich nicht biologisch exakt aus, wenn er von praegenitaler und postgenitaler Heredität spricht. Gemeint ist wiederum nicht Vererbung, sondern Infektion.

Solange angeborene Tuberkulose mit erblicher Anlage zur Tuberkulose resp. Phthise sogar unter Gelehrten verwechselt wird, lässt sich wissenschaftlich nicht streiten. Einer der ersten und wichtigsten Grundsätze wissenschaftlicher Diskussion, sagt Martius, ist der, dass technische Ausdrücke und Begriffe, um deren sachlichen Inhalt der Streit sich dreht, in möglichst eindeutiger und scharf umgrenzter Bedeutung gebraucht werden. Ebenso wenig wie eine eigene Physik oder Chemie darf der Pathologe seine eigene Biologie zu seinem Privatgebrauch willkürlich sich zurecht machen.

Auf Grund alles gesagten kommen wir zum Schluss, dass bei der Entstehung der Phthise der konstitutionelle Faktor die Hauptrolle spielt. Der Phthisiker wie schon Hippokrates sagte, stammt ab vom Phthisiker. Es wird gewiss ein reichliches Material für Infektionen Gesunder produziert, aber diese Keime müssen erst unter geeigneten Bedingungen in die Lungen gelangen und infizieren, aber das ist noch keine Phthise, sondern kann erst zur Phthise werden, wenn die Tuberkelbazillen im Gewebe auswachsen können. Viele der eingedrungenen Mikroben befördern die Lungen hinaus oder vernichten sie oder hindern sie am Auswachsen. Die Widerstandsfähigkeit desselben Individuums ist ausserdem nicht zu allen Zeiten gleich und eine mässige kann durch eine grosse Zahl von Keimen überwunden werden. Diese Möglichkeit ist aber dort am grössten, wo die meisten Keime in die Aussenwelt gelangen d. h. in der Nähe eines Phthisikers und es ist menschlich ganz begreiflich, dass man den Kranken meidet und sich nicht unnötigen Gefahren aussetzt. Nur darf dieses instinktive Schutzbestreben nicht bis zur Ausstossung der Kranken gehen. Wir wollen gegen die Tuberkulose und nicht gegen die Tuberkulösen kämpfen.

Bei richtiger Wahl des Personals, richtiger Wohnung und Ernährung, bei gründlicher hygienischer Schulung bietet die gesteigerte Infektion in Sanatorien, Kurorten, Hospitälern und Privatwohnungen sowie Haus-Sanatorien keine Gefahr. Wenn das für die am meisten Exponierten gilt, muss es für die weitere Bevölkerung erst recht gelten. Die einheimische Bevölkerung der Kurorte hat nirgends eine Zunahme an Tuberkulose erkennen lassen. Der richtig erzogene Phthisiker ist somit keine Gefahr für die Umgebung. Der Kampf gegen die Tuberkelbazillen ist aber, selbst wo sie in gehäufter Weise in Betracht kommen, doch im Grunde nur ein Kampf für Reinlichkeit und kann durch Erziehung zur Reinlichkeit erfolgreich geführt werden. Das belastete Individuum aber ist therapeutisch zu behandeln durch Stärkung des Organismus vermittelst hygienisch-diätetischer Maassnahmen. Auf diesem Wege werden die aus gesunden, aber zuweilen recht schwachen Determinanten entstandenen Eigenschaften im Organismus gestärkt im Kampfe mit den aus pathologischen Determinanten hervorgegangenen, die ihrerseits auch qualitativ verschieden sind und somit der Kampf auf günstigen Erfolg natürlich in gewissen Grenzen zu erhoffen ist; zuweilen sind die Eigenschaften so stark entwickelt, dass keine Mittel helfen sie zu bekämpfen und der Organismus muss erliegen.

Frische, sauerstoffreiche Luft, einfache hydrotherapeutische Maassnahmen, und entsprechende Ernährung, das sind im Allgemeinen die Forderungen der grossen Sanatorien und dieselben können sehr gut in jedem Hospital, in jedem Hause, in hohem Grade geschaffen werden und müssen es.

Die Bazillen muss man vernichten, wo man ihrer habhaft werden kann, aber zu glauben, dieselben einmal ganz aus der Welt zu schaffen, ist ja eine Utopie! Stärkung des ganzen Organismus macht denselben fähig den einen erfolgreichen Kampf mit Tuberkelbazillen durchzuführen und darauf muss unser Hauptaugenmerk gerichtet werden.

---

[*]) Das Riffel'sche Material ist wohl wert in einer Doktor-Dissertation verarbeitet zu werden zu einer grossen Zusammenstellung von Ahnentafeln, wie sie von Martens-Schlüter gefordert werden um die Vererbungsfrage bei der Schwindsucht zu erklären und zu fördern. Eine solche Doktor-Dissertation wird entschieden praktisch mehr Wert haben, als so manche Doktor-Dissertation aus pharmakologischen und bakteriologischen Instituten.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 4. Januar 1906.

P. 1. der Tagesordnung: Dr. v. Hampeln hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Hauptformen der Haemoptoe». Vortragender skizziert die verschiedenen Haemoptoeformen und unterscheidet als ihre 2 Grundformen die Haemoptoe der Lungen und der Luftwege incl. Kehlkopf und Rachen. Nach dem Entstehungsgrunde empfehle es sich die Blutungen mit wesentlicher Beteiligung des Parenchyms als parenchymatöse von denen wesentlich auf Läsion der Gefässe beruhenden, den vaskulären Blutungen zu unterscheiden. Bei Lungenblutungen habe man es mit beiden, bei der Blutung der Luftwege fast ausschliesslich mit der zweiten zu tun. Hauptrepräsentant der Lungenblutung ist die tuberkulöse Haemoptoe, der Luftwegeblutung die auf Aortenperforation beruhende. Auf die Hauptfrage eingehend, ob die Beschaffenheit des Auswurfes selten eine Unterscheidung gestatte, verneint er sie im allgemeinen mit Ausnahme eines Falles, der ihm überhaupt zur Besprechung der Haemoptoe die Anregung gab.

Es sei ihm vor vielen Jahren schon aufgefallen, dass beim haemoptoischen Lungeninfarct schon einige Tage nach dem ersten Auftreten der Blutung die Blutkörperchen aus dem Auswurf trotz einer noch lange erhaltenen Blutfarbe schwinden; Diese Tatsache sei durch weitere Beobachtungen von ihm bestätigt worden. Darnach sei das Infarctsputum, wenigstens nach Ablauf der ersten Tage, dem eigentlich haemorrhagischen Stadium, nicht mehr blutig, sondern nur blutfarben. Etwas ähnliches finde sich in keiner anderen Haemoptoeform. Diese Eigenschaft des Infarctsputums liesse sich daher diagnostisch verwenden, auch differentiell diagnostisch, besonders dem Aortenaneurysma gegenüber, bei dem gleichfalls lange währende mässige Blutungen infolge einer Perforation vorkommen können und andererseits Komplikationen mit einem Infarct vorkommen. Auf Grund der angegebenen Eigentümlichkeit des Infarctsputums konnte er bisher in einem Fall die Aortenperforation ausschliessen und den Infarct diagnostizieren, was beides durch die Sektion bestätigt wurde. In einem anderen gleichartigen Falle, in dem die Kontrolle der Diagnose noch aussteht, veranlasste ihn umgekehrt die stets erhaltene haemorrhagische d. h. erythrocytenhaltige Beschaffenheit des Auswurfes den Infarct auszuschliessen und mit Wahrscheinlichkeit die Perforation eines Aneurysma anzunehmen.

Doch sei diese Eigenschaft des Infarctsputums nicht überhaupt, sondern vorläufig nur als positiv pathognomisch anzusehen, d, h. sie gestattet den Ausschluss jeder anderen Haemoptoeform und den Schluss auf einen Infarct. Offen sei aber noch die Frage, ob anhaltend haemorrhagische Beschaffenheit eines Auswurfes umgekehrt den Infarct auszuschliessen gestattet. Darüber könnte eine weitere Untersuchung an einem grossen Infarctmaterial entscheiden. Ihm scheine aber schon die festgestellte Eigentümlichkeit des Infarctsputums klinisch wichtig zu sein.

(Autoreferat.)

In der Diskussion bemerkt Dr. Krannhals, dass er eben einen Kranken in Behandlung habe, welcher die diagnostischen Schwierigkeiten, welche Hampeln berührt, besonders illustriert: es handelt sich um einen Mann, welcher plötzlich einen Schmerz in der linken Schultergegend verspürte, sofort haemorrhagisches Sputum entleerte, welches ihm zuerst als ein pneumonisches erschien; in der Gegend der schmerzhaften Stelle war undeutliches Atmen und etwas Rasseln zu hören: die Temperaturen betrugen 37,—37,3°: am nächsten Tage zeigten sich die auskultatorischen Erscheinungen einer Insuffizienz am Herzen; Gelenkrheumatismus hatte nie bestanden, Lues lag nicht vor; es war hier die Frage, ob ein Lungeninfarct vorhanden sei, oder ob die Dämpfung am manubr. sterni eine Dilatation bedeute; das Sputum blieb einige Tage blutig, es war rein schleimig, einzelne Teile waren blutig gefärbt zwischen den glasigen; mikroskopisch fanden sich frische rote Blutkörperchen. Auch an Tuberkulose, Lungen-Neubildung, an perforierendes Aneurysma musste man denken; an eine Infarctbildung jedoch in erster Linie, doch wies das Sputum charakteristische Unterschiede von einem solchen auf. Eine Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen hat nicht stattgefunden.

Nach der Art des Sputums müsse man in diesem Fall am ehesten an ein Neoplasma denken.

Die sogenannten praemonitorischen Blutungen des Aneurysma habe er 2 mal zu beobachten Gelegenheit gehabt, in einem dieser Fälle war das Sputum bedeutend haemorrhagischer als hier.

Dr. Kikuth erwähnt in Betreff der Blutungen bei Tuberkulose, dass die Blutungen besonders ein Zeichen der initialen Tuberkulose seien: bei weiter fortgeschrittener Tuberkulose trete die Haemoptoe relativ selten auf; bei der initialen Tuberkulose wird das Tuberkelknötchen warscheinlich an der intima verbreitet, die Gefässe werden von innen aus arodiert und dadurch kommt es zur Blutung.

Dr. Voss bemerkt, dass Hampeln die Blutungen aus Nase und Pharynx nur gestreift habe. Tritt solch eine Blutung nur spärlich auf, so blieben diese Fälle oft zweifelhaft, auch aus der Anamnese könne man meistens keine sicheren Schlüsse ziehen, dagegen habe er einmal an der hinteren Seite des Larynx einen Blutstreifen gesehen als Beweis, dass die Blutung nicht aus der Nase oder aus dem Pharynx gekommen. Gelegentlich bringe jedoch die Lokalinspektion der Nase oder des Pharynx die Aufklärung, so in einem Fall, wo er an der Schleimhaut des harten Gaumens eine blutende Stelle gesehen, in der Art eines Muttermales; sobald die Patientin eine Saugbewegung machte, trat die Blutung wieder ein.

Sodann weist Voss darauf hin, dass die recht häufigen Zahnfleischblutungen daran zu erkennen seien, dass die Blutung sofort eintritt, wenn Patient eine Saugbewegung macht; speit er das Blut aus, so ist am Zahnfleisch nichts zu sehen.

Dr. Schabert möchte zu den von Hampeln berührten Krankheiten auch noch die Lungengangraen hinzufügen, doren eine Form nur mit Haemoptoe einhergehe und auch mit einer terminalen Blutung zu Grunde gehen könne.

Dr. Hampeln ist derselben Meinung wie Dr. Kikuth in Bezug auf die initialen Blutungen der Tuberkulose; in den späteren Stadien spielen die kleinen Gefässaneurysmen eine grosse Rolle; die Blutungen bei der initialen Form sind parenchymatöse Blutungen.

Was das Sputum betrifft, so werden wir bei der haemorrhagischen Form des Sputums immer im Zweifel bleiben; auf Grund des Sputums können wir keine Entscheidung treffen, es entscheidet der Verlauf und die übrigen Unterscheidungsmerkmale. Beim Infarct finden sich jedoch vom 5.—6. Tage ab keine Erytrozyten, dies ist das wesentliche, dies gestattet eine positive Diagnose des Infarctes, wenn das Sputum auch makroskopisch ganz wie ein haemorrhagisches Sputum aussieht. Bei jedem anderen haemorrhag. Sputum finden sich die roten Blutkörperchen, auch bei der Pneumonie. Zur Untersuchung kann man auch in Wasser abgesetztes Sputum gebrauchen, trotzdem findet man beim entsprechenden Sputum die roten Blutkörperchen. Hampeln empfiehlt zum Schluss gerade nach dieser Richtung Nachuntersuchungen. Dr. Krannhals kann nach 2 systematisch durchgeführten Untersuchungen des Infarctsputum, die er nach Hampelns Privatgespräch durchgeführt hat, die Ansicht Hampelns bestätigen: die roten Blutkörperchen verschwanden allmählich gänzlich, jedoch sah das Sputum makroskopisch noch haemorrhagisch aus.

d. z. Sekretär: Dr. med. Theodor Schwartz.

Berichtigungen.

In Nr. 25, S. 279, Sp. 2 Z. 29 von unten statt Briaud lies Briand. S. 279, Sp. 2 Z. 2 von unten statt Schandin lies Schaudin.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der Korpsarzt des 22. Armeekorps Dr. Danilow ist zum Korpsarzt des 2. turkestanschen Armeekorps ernannt worden.

— Für Auszeichnung in den Kämpfen gegen die Japaner ist den Divisionsärzten Dr. Theodor Frost

und Dr. Bogdassar Galustjanez, sowie dem Konsultanten des Wladikawkas'schen Militärhospitals Dr. Nikolai Ssaltykow der St. Wladimirorden IV. Klasse mit Schwertern verliehen worden.

— Der Direktor der medizinischen Klinik in Göttingen, Prof. Dr. Wilhelm Ebstein, welcher im Herbst d. J. sein 70. Lebensjahr erreicht, tritt zu Ende dieses Semesters in den Ruhestand. Zu seinem Nachfolger ist der Ordinarius und Direktor der medizinischen Klinik an der Universität Basel, Prof. Dr. Wilhelm His, berufen worden und hat den Ruf angenommen.

— In Sibirien, wo bekanntlich die Wahlen der Reichsduma-Mitglieder erst jetzt stattfinden, ist zum Vorsitzenden der Wahlkommission für das Gouvernement Tomsk der Rektor der Tomsker Universität Prof. Dr. Michael Kurlow, Direktor der Hospitalklinik, ernannt worden.

— Zum Redakteur des therapeutischen Teils im «Charkowschen medizinischen Journal», das bekanntlich von der Charkowschen medizinischen Gesellschaft herausgegeben wird, ist an Stelle des zurückgetretenen Privatdozenten Dr. N. Swjatuchin, der Sekretär der Redaktion Prof. Dr. K. Georgiewski gewählt worden.

— Prof. Dr. E. Schweninger hat seine Stellung als Leiter des Kreiskrankenhauses in Lichterfelde bei Berlin aufgegeben und ist nach München übergesiedelt, um dort in einem Vorort ein Sanatorium zu errichten.

— Zum Rektor der Prager tschechischen Universität ist das Mitglied der medizinischen Fakultät Prof. Dr. Hlava gewählt worden.

— Nach Brouardel giebt jetzt auch der Professor auf dem Lehrstuhl der Krankheiten des Urogenitalsystem an der Pariser medizinischen Fakultät, Dr. Guyon, infolge der angekündigten durchgreifenden Veränderungen, welche der Unterrichtsminister an der Universität angekündigt hat, seine Lehrtätigkeit auf.

— Der Professor für Nervenkrankheiten an dem klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna Dr. L. Blumenau ist als Mitglied des kuratorischen Komitees dieses Instituts bestätigt worden, unter Belassung in dem von ihm bekleideten Amte.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 18. Juni zu Hivinge in Finnland der frühere Kreisarzt des Harrienschen Kreises Dr. Eugen Clever aus Reval im 69. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war in Estland geboren und hatte seine medizinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1855—1864 studierte. Nach Erlangung der Doktorwürde trat er in den Staatsdienst als Gefängnisarzt in Reval, war dann viele Jahre auch Geschäftsführer der Medizinalabteilung der estländischen Gouvernementsregierung und seit 1883 Harrienscher Kreisarzt in welcher Eigenschaft er auch die zeitraubenden Funktionen des Zivilarztes in der Wehrpflichtskommission auszuüben hatte. Erst in den letzten Monaten gab er infolge zunehmender Beschwerden durch Arteriosklerose sein aufreibendes Amt nach mehr als 40-jährigem Dienst auf. Neben seinen amtlichen Obliegenheiten bewältigte er noch eine ausgedehnte Privatpraxis, da er als Arzt wie als Mensch das Vertrauen und die Liebe seiner Patienten in hohem Masse besass. Trotz der zahlreichen, zeitraubenden Berufspflichten hat der Verstorbene doch immer Zeit gefunden, nicht allein den Fortschritten der Medizin, sondern auch denen der Kunst und Literatur zu folgen. Sein Andenken wird nicht nur von Familienangehörigen, sondern auch von seinen Kollegen, und allen denen, die ihn kannten in Ehren gehalten werden. 2) Am 19. Juni in Hungerburg (Estland) Dr. Lazarus Schapir im Alter von 61. Jahren. Der Verstorbene, welcher als Kinderarzt sich einer ausgebreiteten Praxis erfreute, war Arzt an der unentgeltlichen Heilanstalt der Grossfürstin Maria Alexandrowna, Herzogin von Sachsen-Koburg Gotha und an der Roshdestwenski-Stadtschule. Die ärztliche Tätigkeit hat er seit 1873 ausgeübt. 3) In Kasan der frühere Privatdozent der Augenheilkunde an der dortigen Universität, Dr. Felix Rymowicz im 37. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war ein Schüler der militär-medizinischen Akademie an welcher er 1893 den Arztgrad erlangte, um ihr dann zur weiteren Vervollkommnung in der Augenheilkunde auf 3 Jahre zukommandiert zu werden. Nach Ablauf dieser Frist wurde er als Militärarzt angestellt, aber bald darauf als Privatdozent für Augenheilkunde an die Universität Kasan berufen. Von dort siedelte er vor einigen Jahren nach Warschau über, von wo er während des letzten Krieges wieder zum Militärdienst einberufen wurde. Der Verstorbene galt als ein tüchtiger Ophthalmologe.

— In der vorigen Nummer brachten wir in Kürze die überraschende Meldung, dass Dr. Fritz Schaudinn, der Entdecker des jahrzehntelang gesuchten Syphiliserregers, gestorben ist. Er ist in Hamburg im 36. Lebensjahre plötzlich einer Herzparalyse erlegen. Es ist jetzt ziemlich feststehend, dass die von Schaudinn vor 2 Jahren gefundene Spirochaeta pallida die Syphilismikrobe ist. Sch. hat seine Entdeckung auf merkwürdige, man kann sagen programmwidrige Weise gemacht. Er war Angestellter des Reichsgesundheitsamtes in Berlin, wo er der zoologisch-botanischen Abteilung zugeteilt war. Als nun vor ein paar Jahren der Assistent am Berliner zoologischen Institut Dr. Siegel bei Syphiliskranken eine eigentümliche Protozoe fand und diese als den Erreger der Syphilis erklärte, wurde Schaudinn vom Reichsgesundheitsrat beauftragt, im Laboratorium des Reichsgesundheitsamtes die Befunde Dr. Siegels zu überprüfen. Dr. Schaudinn kam nun bei dieser Prüfung zu dem Ergebnis, dass die Siegel'sche Protozoë nicht als Syphiliserreger angesprochen werden könne. Dagegen fand er selbst ganz unerwartet einen Mikroorganismus bei Syphilisprodukten, den er dann weiter verfolgte. Es ist dies die von Schaudinn und Dr. Hoffmann gemeinsam beschriebene Spirochaeta pallida, die von zahlreichen Fachmännern bis heute nachgeprüft worden ist und aller Wahrscheinlichkeit nach tatsächlich der lang gesuchte Syphilisbazillus ist. Nicht uninteressant ist es, dass Schaudinn, wie erzählt wird, infolge seiner zufälligen Entdeckung seine Stellung beim Reichsgesundheitsamt aufgeben musste, weil es seiner vorgesetzten Behörde nicht angenehm war, dass er im Verlauf einer behördlichen Arbeit von dem ihm aufgetragenen Ziel abirrte und eigenen Zwecken nachging. Der Konflikt, in den er zu der ihm auferlegten Verpflichtung geriet, kostete ihm seine Stelle im Reichsgesundheitsamte, bereicherte aber die Wissenschaft um eine epochemachende Leistung. Der Hingeschiedene war in der letzten Zeit bekanntlich Leiter der Abteilung für Erforschung der Protozoen am Institut für tropische Medizin in Hamburg.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 17. Juni d. J. 10754 (175 wen. als in der Vorwoche), darunter 980 Typhus — (27 wen.), 1026 Syphilis — (31 wen.), 377 Scharlach — (12 mehr), 177 Diphtherie — (10 mehr), 113 Masern — (23 wen.), und 30 Pockenkranke — (3 wen. als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 11. bis zum 17. Juni d. J. im ganzen 986 (534 M., 452 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 43, Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 58, Scharlach 18, Diphtherie 19, Croup 0, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 29, Erysipelas 5, Grippe 5, Katarrhalische Lungenentzündung 120, Ruhr 7, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 17, Tuberkulose der Lungen 92, Tuberkulose anderer Organe 19, Alkoholismus und Dilirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 55, Marasmus senilis 16, Krankheiten des Verdauungskanals 203, Totgeborene 43.

Vereinigte Chininfabriken ZIMMER & Co. FRANKFURT a/M.

VALIDOL

Energisches und dabei reizloses Analepticum, Antihystericum, Antineurasthenicum und Stomachicum; ferner hervorragendes Mittel gegen Seekrankheit.

Validol. camphorat. Hervorragendes Excitans für schwere Erschöpfungszustände, ausserdem unentbehrlich in der Zahnpraxis.

ESTORAL

einfach und angenehm zu verwendendes Schnupfenmittel.

Literatur: «Heilmittel-Revue» 1906, Nr. 2.

Muster nebst Literatur stehen den Herren Aerzten kostenlos zur Verfügung.

Santyl-Knoll

internes Antigonorrhoicum

Neutraler Salicylester des Santalols (gerein. Sandelöl)

Geschmackfrei,

ohne Nebenwirkungen,

kann in Tropfenform gegeben werden.

DOSIS: 3 mal 30 Tropfen täglich oder 4 mal 2 Kapseln.

Literatur und Proben kostenlos.

KNOLL & Co., chem. Fabrik, Ludwigshafen am Rhein.

KÖNIGLICHES BAD OEYNHAUSEN

Sommer- und Winterkurort.

Station der Linien Berlin-Köln und Löhne-Hildesheim. Naturwarme, **kohlensaure** Thermalsol- und Solbäder. Sol-Inhalatorium, Medico-mechanisches Zanderinstitut, Röntgenkammer, Molken- und Milchkuranstalt.

In der Zeit vom 15. Juni bis zum 1. September werden Preisnachlässe nicht gewährt.

Prospekte und Beschreibung übersendet frei die

Königliche Badeverwaltung.

(59) 6—6.

ANSTALT FÜR WARME BAEDER

VICHY

(57) 17—4.

Eigenthum der Französischen Regierung.

BADE-SAISON.

In der Anstalt VICHY, der besteingerichteten in ganz Europa, sind vorhanden Bäder und Douchen zur Heilung von Magen-, Leber-, Harnblasen-, Harnsalz-, Podagra und anderen Krankheiten.

Täglich vom 15. Mai bis zum 30. September Theater und Concerte im Casino. Musik im Park. Lesecabinetts. Gastzimmer für Damen, Spiel-, Sprechsäle und Billards. Alle Eisenbahnlinien sind mit VICHY verbunden. Frankreich, Departement Allier.

Hôtel und Pension Hammerand

WIEN, VIII.

Verlangen Sie illustrierte Preiskourants gratis und franko.

Das erste Moorbad der Welt

FRANZENSBAD

besitzt die stärksten Stahlquellen, leichtverdauliche Eisensäuerlinge, alkalische Glaubersalzwässer, Lithionsäuerlinge.

Natürliche kohlensäurereichste Stahl-, Mineral-, Sool- und Strombäder, heilkräftige Moorbäder, Dampf-, Heissluft-, elektrische Wannen- und Lichtbäder, mediko-mechanisches Institut, Inhalatorium.

Oesterreichs hervorragendstes Herzheilbad.

Bewährt bei: Blutarmut, Bleichsucht, Rheumatismus, Gicht, Nervenkrankheiten, Frauenkrankheiten, Herzkrankheiten.

Saison Mai bis September. *Prospekte gratis.*

(38) 12—11.

ARZT

mit 8-jähriger zum Teil Hospitalspraxis sucht eine Stelle im Süden. Offerten erbeten an die Buchhandlung K. L. Ricker, St. Petersburg. (68) 1—1.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Schwester Hedwig Breyer (zu erfragen bei Dr. Bursian: Троицкая 29 oder bei Frl. Kern: Конногвардейскій бульваръ 17, кв. 12).

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **R. Wanach** in St. Petersb., Petb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 27 St. Petersburg, den 8. (21.) Juli. **1906.**

XVIII. livländischer Aerztetag.

— Anmeldungen von Vorträgen für den vom 20. bis zum 22. August c. in Wolmar tagenden livländischen Aerztetag können nur noch bis zum 20. Juli berücksichtigt werden.

Dr. C. Ströhmberg
Präses der Gesellsch. livl. Aerzte.

Dorpat. Carlowa Str. 6.

Zur Frage über den Volvulus S Romani.

Von

Dr. F. Weber.

Privatdozent der Militär-mediz. Akademie.

Die Resultate, die die Chirurgie auf dem Gebiete der inneren Darmeinklemmungen bis jetzt errungen hat, sind lange nicht befriedigend. Das hängt eines Teils von der Schwere der Erkrankung ab, anderen Teils aber von Momenten, die bis zu einem gewissen Grade ausgeschaltet werden können.

Während meiner dreizehnjährigen Tätigkeit an der chirurgischen Abteilung des Hospitals Mariae Magdalenae zu St. Petersburg hatte ich Gelegenheit eine grosse Reihe der verschiedensten Darmeinklemmungen zu sehen, wobei sehr viele von den schweren Fällen zu Grunde gingen. Wenn ich letztere einer kritischen Betrachtung unterzog, musste ich mir sagen, dass vielleicht einige von diesen schweren Fällen gerettet werden könnten, wenn wir über eine weniger das Herz angreifende Narkose verfügen würden, wenn vor der Operation die Diagnose und der Sitz der Einklemmung genauer festgestellt werden könnte, wenn wir über ein Mittel verfügen würden die toxische Wirkung des Darminhaltes, der sich zersetzt und in die Blutzirkulation aufgenommen wird, einigermassen zu paralysieren, oder schliesslich wenn wir unser Operationsverfahren zweckentsprechender gestalten würden; jedenfalls steht hier für einen Arzt, der sich für den Fortschritt der Chirurgie interessiert ein weites Arbeitsfeld offen.

Aus dem grossen Gebiete der Darmeinklemmungen möchte ich den Volvulus S Romani herausnehmen. Ich verfüge über 9 Fälle, die ich entweder selbst operiert habe, oder bei deren Operation ich als Assistent zugegen gewesen, oder schliesslich die ich auf dem Sektionstisch studieren konnte; der zehnte Fall ist mir von Dr. Siem liebenswürdig überlassen worden. Ausserdem habe ich eine ganze Reihe von Untersuchungen von Leichen von nicht ausgetragenen Foeten, von Kindern und Erwachsenen gemacht um die anatomischen Verhältnisse des S Romanum und seines Mesenteriums genauer zu studieren.

Es liegt mir fern in dieser kurzen Arbeit eine ausführliche Besprechung des Volvulus S Romani zu geben; ich möchte nur kurz die Aetiologie dieser Erkrankung streifen um etwas ausführlicher eine Eigenart des Volvulus, die, so viel ich weiss, in der russischen Literatur noch nicht beschrieben ist, zu besprechen.

Damit ein Volvulus des S Romanum sich entwickeln könne ist das Vorhandensein von günstigen anatomischen Verhältnissen notwendig, nämlich eine gewisse Länge des Darmes und ein nahes Aneinanderliegen der beiden Fusspunkte des S Romanum.

Wenn wir an einer Leiche eines Neugeborenen einen Volvulus S Romani künstlich erzeugen wollen, wird uns das niemals gelingen, da hier die beiden Fusspunkte, d. h. der Punkt wo das Colon descendens ins S Romanum, und wo das Letztere ins Rektum übergeht, sehr weit von einander entfernt sind. An der Leiche eines Erwachsenen können wir uns leicht überzeugen, dass sich die anatomischen Verhältnisse geändert haben, dass die beiden Fusspunkte viel näher aneinander gerückt sind.

Sampson, ein Schüler von Prof. Wahl, der eine ganze Reihe von ausführlichen Leichenuntersuchungen

ausgeführt hatte, zeigte, dass das Mesenterium des S Romanum nicht in einer Fläche liegt.

Das Mesenterium des Rektumschenkels inseriert an der Wirbelsäule in der Mittellinie angefangen vom 4. Lendenwirbel bis zum 3. Sakralwirbel; das Mesenterium des Kolonschenkels dagegen an der hinteren Bauchwand längs einer Linie, die von der Mitte des 4. Lendenwirbels horizontal in die linke Darmbeingrube führt. Auf diese Weise bilden die beiden Teile des Mesenteriums einen graden Winkel, der nach links unten offen ist, wobei die Spitze des Winkels in der Gegend des 4. Lendenwirbels liegt. Dadurch, dass der untere Teil das Kolon descendens und der obere Teil des Rektums ihr freies Mesenterium verlieren und mit der hinteren Bauchwand verwachsen, nähern sich allmälig die beiden Fusspunkte des S Romanum, und der Winkel zwischen beiden Teilen des Mesenteriums wird immer spitzer. Dieses geschieht dank einem rein physiologischen Prozess, demselben Prozess, den wir beim Foetus beobachten können. Wie bekannt besitzt in den ersten Foetalmonaten der Darm in seiner ganzen Ausdehnung ein gut ausgebildetes Mesenterium. Im dritten Foetalmonat fangen einige Teile des Darmes wie Duodenum, Kolon ascendens und descendens an, sich der hinteren Bauchwand zu nähern und allmälig mit der letzten vollständig zu verwachsen. Dieser Prozess kommt nicht zum Stillstand wenn das Kind geboren wird, sondern setzt sich noch lange Jahre nach der Geburt fort.

Ausser diesen physiologischen Ursachen, die zur Annäherung der Fusspunkte beitragen, giebt es rein pathologische Prozesse, die in derselben Richtung wirken.

Schon Virchow wies auf chronisch entzündliche Veränderungen hin, die sich im Mesenterium des S Romanum bei älteren Leuten mit habituellen Obstipationen entwickeln.

Graser untersuchte genau eine ganze Reihe von Darmschlingen des S Romanum von Leuten, die an chronischer Obstipation litten; dabei fand er regelmässig, dass sich am Mesenterialansatze wo die dilatierten Venen die Darmwand penetrieren eine ganze Reihe von Divertikeln verschiedener Grösse bilden. In diesen Divertikeln stauen sich kleine Kotpartikel, die die Schleimhaut reizen und allmälig zu Ulzerationen führen können. Von hier nehmen ihren Anfang chronisch entzündliche Prozesse, die auf das Mesenterium übergehen und hier eine entzündliche Infiltration und schliesslich narbige Schrumpfung hervorrufen. Durch diesen Prozess kann das Mesenterium des S Romanum so zusammenschrumpfen, dass sich die beiden Fusspunkte vollständig berühren.

Sehr wichtig für das Zustandekommen des Volvulus ist eine gewisse Länge des Romanum. Es ist ja einleuchtend, dass je länger die Darmschlinge ist, sich desto leichter eine Drehung vollziehen wird. Die Länge des S Romanum ist individuell verschieden. So haben Küttner, Gruber u. a. nachgewiesen, dass die Länge des Darmes und speziell des S Romanum bei den Slaven eine viel grössere ist, als bei anderen Völkerschaften, diesem Umstande ist es wohl zuzuschreiben, dass bei den Russen verhältnissmässig oft komplizierte Darmverschlingungen mit Knotenbildung beschrieben werden.

Koch zeigte, dass eine übermässige Länge des S Romanum dadurch erklärt werden kann, dass dieser Darm seinen infantilen Typus beibehält. Wie bekannt, ist das S Romanum bei einem Neugeborenen relativ viel grösser, wie bei einem Erwachsenen, und reicht oft mit seiner Spitze bis an die Leber oder in die rechte Darmbeingrube. Gewöhnlich bleibt das S Romanum bei der allmäligen Entwickelung des ganzen Organismus in seinem Wachstume stark zurück, so dass beim Erwachsenen die relative Länge des S Romanum eine viel geringere geworden ist. In Ausnahmefällen kann diese Wachstumshemmung nicht eintreten, so dass das S Romanum seinen infantilen Typus beibehält.

Wenn dieser infantile Typus sehr stark ausgesprochen ist, haben wir es mit einer Anomalie des S Romanum zu tun, die in der letzten Zeit in der deutschen Literatur unter dem Namen der Hirschsprungschen Krankheit beschrieben wird.

Prof. Hirschsprung demonstrierte im Jahre 1888 in der medizinischen Gesellschaft zu Kopenhagen das Präparat eines S Romanum, das er bei der Sektion eines 11-monatlichen Knaben bekommen hatte. Dasselbe war enorm vergrössert sowohl in seinem Längen- als auch Breitendurchmesser; dabei war es buchtig aufgetrieben und hatte stark hypertrophisch verdickte Wände; die Schleimhaut war in einem chronisch entzündlichen Zustande und war von Ulzerationen verschiedenen Grades bedeckt. Die anderen Teile des Darmes zeigten vollständig normale Verhältnisse; charakteristisch war hier das Fehlen irgend einer mechanischen Stenose sowohl im Rektum als auch im unteren Teil des S Romanum, die zur Erklärung dieser kolossalen Auftreibung des S Romanum hinzugezogen werden könnte. Gleich nach der Geburt dieses Kindes fiel die starke Auftreibung des Leibes auf; die Defäkation war von der Geburt an mit grossen Schwierigkeiten verbunden; durch hohe Klysmata gelang es immer mit Mühe und Not Stuhlgang zu erzeugen. Der Leib wurde immer mehr und mehr aufgetrieben, wobei man durch die Bauchdecken die kolossal aufgeblähte Dickdarmschlinge deutlich unterscheiden konnte, die ab und zu deutliche peristaltische Kontraktionen zeigte.

Die Verstopfung wurde zuweilen durch Durchfälle unterbrochen, wobei im Stuhl viel Eiter und Blut gefunden wurde. Schliesslich ging der Junge unter Zeichen sich rasch entwickelnder Kachexie zu Grunde.

Nach 5 Jahren berichtete Hirschsprung über weitere analoge Fälle und machte den Versuch die Pathogenese dieser Erkrankung zu erklären. Er spricht die Meinung aus, dass hier eine Entwickelungsanomalie zu Grunde liegt, dass hier nämlich primär eine abnorme Länge des S Romanum vorliegt, der zu lange Darm schlängelt sich und legt sich in Falten, wodurch die Darmpassage erschwert wird, so dass sich schon sekundär eine Kotstauung und Zersetzung und damit verbunden auch eine Darmdilatation entwickelt. Die Muskulatur des S Romanum hat eine erschwerte Aufgabe den Darminhalt durch eine dilatierte geschlängelte Darmschlinge durchzuführen und muss hypertrophieren.

Hirschsprung meint, dass die Kinder mit so einer abnorm vergrösserten Flexur nicht lebensfähig seien; seiner Meinung nach gehen sie in den ersten Lebensjahren an katarrhalischen Durchfällen oder aber an Kachexie wegen schlechter Darmfunktion zu Grunde.

Diese Meinung muss als falsch angesehen werden, da in der letzten Zeit eine ganze Reihe von einschlägigen Fällen bei Erwachsenen beschrieben wurden.

Kredel führt aus der Literatur 6 Fälle bei Erwachsenen an, wo bei der Sektion eine kolossale Erweiterung und Veränderung der Flexur gefunden wurde, während die anderen Darmteile meistens normale Verhältnisse darboten. Ein mechanisches Hindernis, welches eine solche Dilatation des Darmes erklären könnte, war nicht vorhanden; in allen Fällen war die Muskulatur der Darmwand kolossal hypertrophisch. So eine Verlängerung und Dilatation des Darmes kann nicht erklärt werden durch die Ansammlung von sich zersetzenden Kotmassen, so dass man zu dem Schluss kommen muss, dass wir es auch hier mit einer Entwickelungsanomalie zu tun haben.

In der Tat wurde in der Anamnese von einigen dieser Fälle nachgewiesen, dass sie von Geburt an an hartnäckiger Verstopfung litten.

Bei der Hirschsprung'schen Krankheit muss die Muskulatur des S Romanum stark hypertrophieren, damit der Darm im Stande ist seine kolossal erschwerte Arbeit auszuführen und damit keine Ansammlung und Zersetzung des Darminhaltes entsteht, die leicht für den Kranken verhängnissvoll werden könnte.

In der Tat war in allen Fällen von Darmanomalien im Sinne Hirschsprung's, die bei Erwachsenen beobachtet wurden, eine starke Hypertrophie der Darmwand vorhanden. Interessant ist es, dass in allen von Kredel beschriebenen Fällen, wo es zur Sektion kam, es sich immer um ältere Leute handelte; es ist hier anzunehmen, dass so lange diese Leute jung waren, die hypertrophische Darmwand mit der erschwerten Arbeit gut fertig wurde, im vorgerückten Alter dagegen, wo alle Muskeln atrophisch werden, wurde die Darmmuskulatur des S Romanum mit seiner Arbeit auch schlechter fertig, so dass es zu Kotstauung und Zersetzung kam, die das letale Ende herbeiführte.

Die letzten Arbeiten von Kredel, Perthes, Delkeskamp u. a. zeigen, dass die Anomalie des S Romanum im Sinne Hirschsprung's bei Erwachsenen viel häufiger vorkommt, als man es bis jetzt gedacht hat. Ich bin überzeugt, dass wenn die Kenntnis dieser Anomalie unter den Aerzten mehr Verbreitung gefunden haben wird, dieselbe auch viel häufiger beschrieben werden wird.

Ueber den Zustand des Mesenteriums bei dieser Form des S Romanum wird in der Literatur wenig erwähnt. Es ist aber leicht begreiflich, dass bei so einem langen Darm, wo leicht Kotretention eintritt, sehr günstige Bedingungen vorhanden sind, damit sich eine chronische Mesenteritis mit konsekutiver Schrumpfung entwickelt. Jedenfalls sind bei dieser Darmanomalie alle Bedingungen vorhanden, damit sich ein Volvulus des S Romanum entwickelt. In der letzten Zeit sind eine ganze Reihe von Volvuli des Hirschsprung'schen Darmtypus beschrieben worden.

Diese Volvulusart hat einen vom gewöhnlichen Volvulus etwas abweichenden Verlauf. Da die Darmwand in diesen Fällen stark hypertrophisch und starr ist, kommt es hier selten zu einer weitgehenden Umdrehung des Darmes; gewöhnlich erreicht der Volvulus nur 180°, wobei das Darmlumen versperrt wird, die Mesenterialgefässe dagegen keinem zu starken Drucke ausgesetzt werden. Deswegen leidet die Ernährung der Darmwand sehr wenig und das Allgemeinbefinden kann selbst in den Fällen, wo die Inkarzeration bis 8 Tage dauert ein vollständig befriedigendes bleiben.

Das am meisten charakteristische Symptom dieser Volvulusart ist das Vorhandensein einer ziemlich stark ausgesprochenen Peristaltik im inkarzerierten Darm.

Wie bekannt wird der Volvulus des S Romanum als typischer Repräsentant des Strangulationsileus angesehen. Letzterer zeichnet sich nach Wahl, Kader, Zoege von Manteufel vom Obturationsileus dadurch aus, dass sich bei ihm dank der Kompression der Mesenterialgefässe sehr rasch lokaler Meteorismus und vor Allem Parese des strangulierten Darmes entwickelt. Beim Volvulus des Hirschsprung'schen Typus finden wir nicht nur keine Parese des Darmes, sondern im Gegenteil starke paristaltische Kontraktionen desselben. Die Ursache ist darin zu sehen, dass die Zirkulationsstörung eine ganz geringe ist; ausserdem ist die Darmmuskulatur dank der Hypertrophie um das 3—4 fache verdickt; natürlich wird so ein hypertrophischer Darm nicht so leicht paretisch wie ein Darm mit normaler Muskulatur.

Um den 10 Fällen von Volvulus S Romani die ich zu beobachten Gelegenheit gehabt habe, hatte ich es in zwei Fällen mit einer Darmanomalie im Hirschsprung'schen Sinne zu tun. Trotzdem in beiden Fällen die Inkarzeration sehr lange, 10 resp. 11 Tage dauerte, war das Allgemeinbefinden und die Darmernährung sehr wenig gestört; in beiden Fällen war im inkarzerierten Darm eine stark ausgesprochene Darmperistaltik nachzuweisen.

Die Behandlung des Volvulus S Romani kann nur eine operative sein. Der Bauchschnitt wird in der Mittellinie möglichst ausgiebig gemacht, damit die ganze Bauchhöhle übersehen werden und der Operateur sich rasch orientieren kann. Wenn der Darm in seiner Ernährung wenig gelitten hat, so bietet die Operation gar keine Schwierigkeiten; die gedrehte Darmschlinge wird zurückgedreht, wonach der geblähte Darm durch eine dicke Sonde, die ins Rektum eingeführt wird, von seinem Inhalt befreit wird. Wenn die Därme reponiert sind, wird die Bauchhöhle vollständig geschlossen.

Leider schützt diese Operation die Kranken nicht vor Rezidiven, da ja die beiden Momente, die das Zustandekommen des Volvulus so begünstigen, nämlich die übermässige Länge der Flexur und das durch Schrumpfung des Mesenteriums hervorgerufene Sichnähern der Fusspunkte, nicht gehoben werden. Zur Vermeidung von Rezidiven sind eine ganze Reihe von Operationsverfahren empfohlen worden, wie die Kolopexie (Roux), die Durchschneidung der geschrumpften Mesenterialstränge (Riedel), die Koloanastomose (Bergmann).

Die genaue kritische Besprechung dieser Operationsmethoden würde mich zu weit führen; ich will nur hervorheben, dass keine von diesen Methoden in jeder Hinsicht rationell und für alle Fälle anzuraten ist. Die einzige Methode die den Kranken wirklich radikal von der Möglichkeit ein Rezidiv zu bekommen schützt, ist die von Eiselsberg empfohlene Resektion des ganzen S Romanum. Leider ist diese Operation zu gefährlich um in allen Fällen von Volvulus angewandt zu werden; absolut indiziert ist sie aber in den Fällen, wo die Verhältnisse am S Romanum zu günstig fürs Zustandekommen eines Rezidives sind. Jedenfalls würde ich es nicht raten die Resektion gleich der Detorsion des Volvulus anzuschliessen, da die Zirkulationsstörung im inkarzeriert gewesenen Darm immer eine stark ausgesprochene ist, so dass die Chancen für ein glattes Verheilen der zirkulären Darmnaht nach der Resektion keine besonders günstigen sind.

Ich würde in solchen Fällen raten 4—6 Wochen mit der Resektion zu warten, bis sich der Darm von der Inkarzeration vollständig erholt hat. Dann kann die Resektion vollständig à froid ausgeführt werden, ebenso wie bei der chronischen Appendicitis der Appendix im Intervall zwischen zwei Anfällen à froid exstirpiert wird.

Anders verhält es sich bei den akuten Formen des Volvulus, wo es sehr rasch zu einer Gangrän des inkarzerierten Darmstückes kommt; hier kann man noch zwei Unterarten unterscheiden: eine schwere Form von Darmgangrän, die sehr rasch durch eine akute allgemeine Peritonitis kompliziert wird, und eine leichtere wo die Darmgangrän lokalisiert bleibt und allgemeine Peritonitis fehlen kann. Die erste Form wird wohl durch keine Operationsmethode günstig beeinflusst werden können und wird immer letal verlaufen. Ich hatte 3 einschlägige Fälle in meiner Beobachtung (Nr. 1, 2, 5); alle drei sind bald nach der Operation gestorben.

Von der zweiten Kategorie verfüge ich über zwei Beobachtungen (Nr. 9 u. 10). Der erste Fall ist von Dr. Siem operiert und mir liebenswürdig überlassen worden. Es handelte sich hier um eine Kranke, die mit einer torquierten linksseitigen Ovarialcyste eintrat, welche an einem sehr langen Stiele hing; bei der Operation stellte es sich heraus, das das S Romanum in toto als Axe diente, um welche sich der lange Stiel des Ovarialzystoms gedreht hatte, wobei das inkarzerierte Stück des S Romanum vollständig gangraenös geworden war. Bei der ersten Operation begnügte sich Dr. Siem mit dem Entfernen des Kystoms; da die Kranke kollabierte, wurde das gangraenöse S Romanum herausgeleitet und die Bauchhöhle tamponiert; am folgenden Tage, als die Kranke sich vollständig erholt hatte, wurde die gangraenöse Darmschlinge lege artis reseziert; die Kranke erholte sich.

Der zweite Fall wurde von mir operiert. Hier entwickelte sich dank kolossaler narbiger Schrumpfung des Mesenteriums sehr rasch Gangraen des S Romanum, die weit auf die Fusspunkte überging, obgleich die Kranke 24 Stunden nach Beginn der Inkarzeration operiert wurde. Der schon vor der Operation schwere Allgemeinzustand verschlechterte sich während der Operation in so Besorgniss erregender Weise, dass ich von dem Entfernen des gangraenös gewordenen Darmes Abstand nehmen musste, und mich damit begnügte den detorquierten Darm aus der Bauchhöhle herauszuleiten und breit einzuschneiden; rund herum wurde die Bauchhöhle tamponiert. Als am folgenden Tage die Kranke sich einigermassen erholt hatte, entschloss ich mich das gangraenöse Darmstück zu resezieren, was mit den grössten Schwierigkeiten verbunden war, da die Gangraen sehr tief auf das Rektum und die untere Partie des Colon descendens sich verbreitet hatte und die ganze Bauchhöhle von Neuem eröffnet und die Därme eventriert werden mussten. Die beiden Darmstücke wurden in den unteren Teil der Bauchwunde eingenäht. Nach der Operation fühlte die Kranke sich sehr erleichtert, die Schmerzen waren vollständig geschwunden, so dass die Kranke mehrere Stunden ruhig schlafen konnte. Am Abend aber stellte sich Darmparese ein, als Zeichen beginnender Peritonitis, und 20 Stunden nach der Operation ging die Kranke unter Zeichen von Herzschwäche ein. Auf mich machte dieser Fall den Eindruck, dass die Kranke vielleicht hätte gerettet werden können, wenn ich gleich bei der ersten Operation den gangraenösen Darmteil entfernt und die beiden Darmenden in den unteren Wundwinkel eingenäht hätte. Da die Kranke in einem kollabierten Zustande sich befand, hätte die Operation dadurch beschleunigt werden können, dass sowohl auf die Darmenden als auch auf das Mesenterium Klemmen angelegt worden wären, wodurch diese Operation in 4—5 Minuten ausgeführt werden könnte. Zum Komprimieren des Mesenteriums könnte eine gebogene Doyen'sche Klemme genommen worden sein, die auf 2—3 Tage in situ liegen geblieben wäre. Der untere Teil des Kolon descendens musste natürlich in den unteren Wundwinkel eingenäht werden, damit der stagnierte Darminhalt freien Abfluss hätte. Dieses Operationsverfahren hätte den Vorzug, dass die Kranke statt zwei sich nur einer Operation unterzogen hätte, wobei gleich den ersten Tag der ganze gangraenöse Darm entfernt und freier Abfluss für den Darminhalt oberhalb der Inkarzeration geschaffen worden wäre; ausserdem wäre die Resektion am ersten Tage viel leichter auszuführen gewesen, da die Bauchhöhle breit eröffnet und der ganze Darm eventriert war.

(Schluss folgt.)

Referate.

Prof. R. May: Eine neue Methode der Romanowsky-Färbung. (Münchener med. Wochenschrift. Nr. 8, 1906).

Verfasser bedient sich der zu schildernden Methode seit circa 2 Jahren und sieht sich auf Grund der gesammelten günstigen Erfahrungen in der Münchener medizinischen Poliklinik veranlasst, dieselbe zu veröffentlichen. Die Methode besteht, kurz ausgedrückt, in einer Umwandlung der mit eosinsaurem Methylenblau vorgefärbten Präparate in Romanowskypräparate. Man erreicht dieses einfach, indem die Präparate nachträglich mit Methylenazur behandelt werden. Am geeignetsten erscheint hierzu das nach Giemsa's Verfahren dargestellte Gruebler'sche Methylenazur I, doch erwiesen sich auch alle sogen. Romanowsky'stammlösungen, wenn sie nur genügende Mengen Methylenazur enthalten brauchbar.

Man färbt die Blutpräparate zunächst nach der von May und Grünwald angegebenen Methode d. h. in einer circa 0,25-prozentigen methylalkoholischen Lösung von eosinsaurem Methylenblau. Hierauf stellt man sie auf 1 Minute in destilliertes Wasser. Man nimmt sie dann heraus und lässt, ohne sie abzutrocknen, einen Tropfen einer 0,5-proz. Methylenazurlösung zufliessen, für dessen gleichmässige Verteilung man durch Hin- und Herbewegen des Präparates zu sorgen hat. Man kann den ganzen Prozess der Färbung, der sich in 2—4 Minuten vollzieht unter dem Mikroskop verfolgen. Zu hüten hat man sich vor zu konzentrierter Azurlösung. Ebenso muss dafür gesorgt werden, dass nach der Differenzierung in destilliertem Wasser kein ausgefallenes eosinsaures Methylenblau den Präparaten anhaftet.

Niederschläge können allerdings auch bei dieser Methode entstehen, aber meist bei zu langer Einwirkung des Methylenazurs.

Auch diese Methode eignet sich zur Bakterienfärbung und auch zur Färbung der Spirochaeta pallida.

Weyert.

Krecke: Können wir die schweren, die sofortige Operation erfordernden Appendizitisfälle erkennen? (Münchener med. Wochenschrift Nr. 15, 1906).

Mit Sprengel unterscheidet K. die Appendizitis simplex und destructiva. Mit ersterer bezeichnet man ausschliesslich diejenigen Fälle, in denen nur ein oberflächlicher Schleimhautkatarrh besteht und die Erkrankung keine Neigung hat, sich auf die Serosa fortzusetzen. Unter dem Namen Appendizitis destructiva werden dagegen alle diejenigen Formen zusammengefasst, bei denen irgendwo im Organ eine Nekrose zustande gekommen ist, also sowohl die oberflächliche Schleimhautnekrose beim eitrigen Katarrh, als die teilweise oder vollkommene Gangrän des Organes mit oder ohne Peritonitis. Die Ausführungen des Verfassers lassen sich in folgenden Sätzen zusammenfassen:

Bei jedem Fall von Appendizitis muss sofort bei Uebernahme der Behandlung die Differentialdiagnose zwischen Appendizitis simplex und Appendizitis destructiva gestellt werden.

Das sicherste Symptom der Appendizitis destructiva ist die schmerzhafte Bauchdeckenspannung. Sie indiziert die sofortige Operation. Die Spannung der Bauchdecken tritt mit fast absoluter Sicherheit ein, wenn die Appendixwand für Krankheitskeime durchlässig wird.

Sie ist ein untrügerisches Zeichen beginnender Mitbeteiligung des Bauchfells. Die Spannung braucht dabei gar keine grosse Ausdehnung zu haben. Ist sie handtellergross, so genügt das schon, um einen schweren Prozess in der Appendix anzunehmen.

Eine Steigerung der Pulszahl auf 100 und mehr Schläge ist in der Regel ein sicheres Zeichen der destruktiven Appendizitis und verlangt sofortige Operation. Eine niedrige Pulszahl darf nicht zur Annahme einer leichten Erkrankung verleiten. Bei einem Patienten des Verfassers mit 68 Pulsschlägen «schwammen die Darmschlingen im Eiter».

Heftiges mehrmaliges Erbrechen und lebhafte, durch Eisbeutel nicht zu stillende Schmerzen machen immer das Vorhandensein einer schweren Appendizitis wahrscheinlich.

Das Verhalten der Temperatur ist für die Beurteilung der Art der Appendizitis ohne besondere Bedeutung.

Die Beschleunigung der Atmung und das Auftreten des kostalen Atemtypus sind immer höchst ungünstige Zeichen.

Ein ungünstiges Zeichen ist für die Beurteilung des Falles von grösserer Bedeutung als 4 günstige Zeichen.

Bei der Diagnose «destruktiver Appendizitis» ist die Operation innerhalb der nächsten 2 Stunden vorzunehmen.

Weyert.

Mitteilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 18. Januar 1906.

Vor der Tagesordnung demonstriert Dr. M. Hirschberg eine von ihm selbst herstellte Moulage welche ein Peniscarzinom darstellt.

p. I. der Tagesordnung: Herr Dr. Pinker legt das Präparat einer durchschossenen Arter. axillaris vor und giebt die Krankengeschichte des betreffenden Falles:

Das Präparat ist bei Behandlung mit Formalinlösung stark geschrumpft, die Form des Loches ist aber wohl kaum verändert worden, und die Schwere der Verletzung springt ohne weiteres in die Augen.

Die Kugel ist von hinten in den Oberarm in der Höhe der Achsel eingedrungen, hat die Arterie quer und zwar tangential getroffen, sozusagen ein Stück der Gefässwand herausgeschält, wie das bei Mantelgeschossen mit grosser Fluggeschwindigkeit und enormer Durchschlagskraft der Fall ist. Es liegt vermutlich eine Verletzung mit einer Browningkugel vor.

An der dem Loche entgegengesetzten Seite geht ein kleiner Ast ab, der intakt ist. — Mit dem Präparat verbacken zieht eine Vene.

Ferner sehen Sie in der Glasburke ein über wallnussgrosses Blutcoagulum. Das ist das circumscripte Haematom, das sich aus dem ursprünglichen diffusen herauskrystallisiert hat und an der Stelle der Verletzung als pulsierender Tumor sass, umgeben von einer feinen, zerreisslichen Bindegewebskapsel, die bei der Operation nicht erhalten werden konnte. — Das Interessante daran ist das, dass dieses Haematom augenscheinlich das periphere und das zentrale Lumen d. Arterie komprimierend verschloss und so den Blutstrom unterband, ihm den Weg nach aussen resp. zur Peripherie verlegend. — Damit ist wohl auch der Umstand erklärt, dass an der Stelle der Verletzung das Wahl'sche Geräusch und am Unterarm der Puls der Radialis fehlten.

Schliesslich führt dieses derbe Haematom auf den Gedanken, ob es sich in solchen Fällen nicht um einen Ansatz zur spontanen Heilung handelt. Man könnte sich wenigstens denken, dass das Blutcoagulum die Oeffnung so lange verschliesst, bis sich von den Gefässwunden ausgehend Granulationsgewebe und später eine Narbe bilden, und so die Blutwellen in ihr altes Bett schäumen. Ueber die spontane Heilung grosser verletzter Gefässe, resp. der traumatischen Aneurysmen drücken sich die Lehrbücher sehr reserviert aus. Andererseits sind doch aber solche mit Sicherheit konstatiert. — So ist noch in einer kürzlich erschienenen Abhandlung von Herrn Dr. Bornhaupt ein einschlägiger Fall erwähnt, wo Blutextravasat, Pulsation und Schwirren spontan zurückgegangen sind und Pat. ohne jegliche Beschwerden nach Russland evakuiert (vom Kriegsschauplatz) werden konnte.

Dr. Bergmann kann nicht verstehen, wie die Kompression durch das Koagulum zu Wege gebracht worden sei; Tatsache ist jedoch, dass Patient keinen Puls an der Radialis hatte und dass das Schwirren sowohl palpatorisch als auskultatorisch im Sack vermisst wurde; doch bekam man immerhin eine lebhafte arterielle Blutung bei Unterbindung des Sackes. Eine andere Frage sei die, ob die Ansicht Dr. Bornhaupt's gerechtfertigt, dass nämlich Aneurysmen nicht zu schnell operiert werden sollen, wenigstens nicht auf dem Verbandplatz, weil dann leicht Gangrän entstehe, welche vermieden werden könne, wenn man später operiert, weil dann schon die Kollateralen sich ausgebildet hätten. Das könnte wohl in bezug auf die Arter. formalis der Fall sein, bei der Axillaris dagegen braucht man diese Befürchtung nicht zu haben. Dieser Patient des Dr. Pinker wollte sich jedoch zuerst nicht operieren lassen und entschloss sich erst später der Schmerzen wegen dazu.

Dr. Bornhaupt erwidert in betreff der Heilung der Aneurysmen, dass der Schusskanal, welcher durch das Mantelgeschoss gemacht werde, so schmal sei, dass es nicht zu einer grösseren Blutung kommen könne. Er besitzt z. B. ein Präparat, wo die Kugel 2 Löcher in die Art. axillaris gemacht hat, und doch ist das Blut nach beiden Seiten hin nur zu erbsengrossen Säcken ausgetreten; an der Art. femoralis habe er eine ähnliche Erfahrung gemacht. Eine vollständige Verheilung hat er noch nicht nachgewiesen, doch brauchen die Schussverletzungen nicht immer einen grossen Sack zu bilden, es kann sich eine Verklebung bilden, wodurch eine sofortige Operation nicht nötig ist.

p. II. der Tagesordnung: Dr. v. Bergmann demonstriert a) eine Totalnekrose der Clavicel durch Osteomyelitis, er hatte hier die ganze Clavicel entfernen müssen, b) das Präparat einer thrombosierten Vena iliaca dextra.

Die Krankengeschichte des Falles ist sehr interessant und bot dieselbe mancherlei diagnostische Schwierigkeiten.

P. 40 Jahre alt. Am 8. Jan. in die innere Abteilung aufgenommen mit der Angabe, seit 9 Tagen Kopfschmerzen und Gliederschmerzen (bes. im r. Oberschenkel und der Glutaealgegend) zu haben, Kälte und Hitzgefühl, Appetitlosigkeit, allgem. Mattigkeit; Stuhl angehalten, fast kontinuierliche Transpiration.

Mittelgross, normal gewachsen, Haut rein, kein Ikterus, kein Exanthem, kein Oedem. Der Typhusverdacht bestätigt sich nicht, die Diazo-Reaktion war negativ, es bestand keine Milzvergrösserung. Die auffallende Druckempfindlichkeit der Cökalgegend wurde durch eine harte Drüse erklärt, die oberhalb des Lig. Poup. sich palpieren liess.

Patient verblieb bis zum 2. Januar in der inneren Abteilung die Blutuntersuchung ergab während dieser Zeit ein negatives Resultat, Pat. hatte täglich ein oder mehrere Schüttelfröste und fing immer mehr an über heftige Schmerzen zu klagen.

Am 11. Jan. Ueberführung in die chirurg. Abteilung; da erfuhr man, was Patient nachträglich auch in der inneren Abteilung angegeben hatte, dass er vor mehreren Tagen bis $1^1/_2$ Wochen vor der Erkrankung mit dem Fuss auf einen Nagel getreten sei; Patient legt selbst kein Gewicht auf diese Verletzung, die ihn garnicht belästigt hat; man findet einen Blutschorf ohne Infiltration und Druckempfindlichkeit der Umgebung. Die Schmerzen sind mittlerweile intensiv geworden «rasend», der Leib ist bretthart gespannt, das Kreuz und die Glutaealgegend sind der hauptsächliche Sitz der Schmerzen, weniger d. Oberschenkel, der etwas bläulicher erscheint als der linke, kaum Oedem. Operation: Schnitt über dem lig. Poup., über dem deutlich palpabel eine harte Drüse von etwa gegen Wallnussgrösse gegen das os pubis hin gelegen ist. Im Scarpaschen Dreieck mehrfache kleine harte Drüsen. Freigelegt erweist sich die Drüse als gut haselnussgross, sie liegt innig der Gefässscheide an, beim Ablösen derselben erweist sich die Venenwand usuriert, — schmale, schlitzförmige Oeffnung, durch welche man auf einen Thrombus kommt, der hier schwärzliches Aussehen zeigt, zorfallen ist. Verlängerung des Schnittes nach aussen und oben. Unterbindung d. vena iliaca ext. hoch oben und Resektion der iliaca nebst femoralis bis unterhalb der vena saphena, letztere ist nicht thrombosiert.

Nach der Operation Aufhören der Schmerzen, in der Nacht jedoch exitus.

Sektion: In beiden Lungen metastatisch embolische Herde mit Uebergang in Gangrän, bakteriologisch sind in diesen Herden wie im Thrombus der iliaca Streptokokken nachzuweisen.

(Autoreferat).

p. III. d. Tagesordnung: Dr. A. Behr hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber die Schädellehre mit Demonstrationen». (Der Vortrag soll in der Petersburg. medizin. Wochenschrift veröffentlicht werden).

d. z. Sekretär: Dr. med. Teodor Schwartz.

Sitzung vom 1. Februar 1906.

Vor der Tagesordnung demonstriert a) Dr. v. Sengbusch ein Kind, welches wegen starker Funktionsstörung der Hand infolge von Narben nach Brandwunden ihm zur mechanischen Behandlung überwiesen war. Die linke Hand war stark entstellt, funktionsunfähig; zuerst musste von Dr. Klemm eine Operation ausgeführt werden. Nach der Operation standen alle Finger in Krallenstellung, sie waren dorsal flektiert. Nach 3-monatlicher Behandlung war jedoch eine Faustbildung der Hand möglich, die einzelnen Finger gut beweglich. Angewandt wurde Massage und Behandlung mit Einzelapparaten.

Dr. P. Klemm bemerkt dazu, dass in diesem Fall es sich darum handelte einen grossen Hautlappen für das dorsum manus zu beschaffen und nahm er denselben von der Thoraxwand; die ganze Haut des Handrückens stammt also von der Thoraxwand.

b) demonstriert Dr. Krannhals einen Fall von Fibrinurie. Der Kranke hatte sich wohl in den Tropen aufgehalten,

dort aber nicht die Filaria sanguinis acquiriert; gewöhnlich tritt die Fibrinurie zusammen mit der Chylurie auf, hier war es jedoch nicht der Fall; Patient war 2 Jahre mit einer gewöhnlichen Nephritis krank, hatte auch uraemische Zustände durchgemacht. Im November vorigen Jahres trat die erste Attaque der Fibrinurie auf; zuerst empfand Patient Brennen beim Urinieren, dann traten Fibrocoagula auf: einzelne Stränge mussten direkt aus der Harnröhre gezogen werden. Der frisch gelassene Harn coagulierte schon nach einigen Minuten fast vollständig, nur ein minimaler Rest blieb flüssig. Diese Coagula veränderten sich bald, schrumpften zusammen.

Nach 2 Monaten hat Patient jetzt wieder eine Attaque von Fibrinurie, welche auch wieder 10 Tage dauerte.

p. I. der Tagesordnung: Dr. v. Mühlen referiert über 2 von ihm auf dem Kriegsschauplatz operierte interessante Fälle: a) Ein Fall von zirkumszripter basilarer Meningitis. (Aus der Abteilung des Roten Kreuzes von Gross-Nowgorod in Charbin). L. T. 35 a. n. erkrankte vor 3 Wochen an einer akuten Otitis med. des früher immer gesunden rechten Ohres. Schwindel, Schüttelfröste haben nicht bestanden, über die z. Z. vorhandene rechtsseitige Facialisparalyse weiss Patient nichts anzugeben, er hat ihr Auftreten nicht bemerkt.

Status präsens am 9. August ergiebt: Patient geht aufrecht ohne Schwanken und gibt auf alle Fragen klare Antworten. Abgesehen von einer vollkommenen Paralyse aller Zweige des rechten Facialis lässt sich von seiten der übrigen Gehirnnerven nichts Pathologisches nachweisen, auch kein Nystagmus, keine Nackensteifigkeit, keine besondere Druckempfindlichkeit auf dem Proc. mastoideus oder den anliegenden Schädelbezirken. Reflexe normal, Gehör stark herabgesetzt, Temp. 38,5, am Abend 39. Der Gehörgang fast vollkommen verengt, mit foetidem Eiter angefüllt. Da mehr oder weniger stark ausgebildete Facialislähmungen bei Ohrenentzündungen gelegentlich beobachtet werden, so weist dieses Symptom nicht direkt auf tiefergehende kariöse Prozesse hin, immerhin muss an die Möglichkeit solcher gedacht und bei der Operation besonders darauf geachtet werden. Für eine intrakranielle Komplikation waren z. Zt. keine Anhaltspunkte gegeben, das Fieber konnte in der durch excessive Verengerung des Gehörganges bedingten Sekretstauung seine Erklärung finden.

Die am anderen Vormittage vorgenommene radikale Operation ergab ausser einem absolut sklerosierten Warzenfortsatz die anatomische Varietät eines soweit nach vorn gelagerten Sinus, dass eine genügende Freilegung der in Frage kommenden Hohlräume äusserst schwierig war. Das Mittelohr war mit Granulationen angefüllt, die Gehörknöchel wurden nicht gefunden, ein Antrum u. Aditus ad. antrum liessen sich kaum nachweisen. Der Sinus war intakt, ebenso die Dura der mittleren Schädelgrube. Bei der ungemein schwierigen und mangelhaften Uebersicht des Promontorium und des Bogenganges infolge der sehr engen Wundverhältnisse liessen sich kariöse Prozesse nicht nachweisen. Uebliche Spaltung und Lappenbildung aus der äusseren Gehörgangswand und primäre Naht der retroaurikulären Schnittwunde.

Die ersten 2 Tage nach der Operation fühlt Patient sich wohl, in der Nacht zum 3. treten Kopfschmerzen auf, die gegen Morgen wieder vergehen. Der mit äusserst foetidem Sekret durchtränkte Verband wird gewechselt. Starker Schwindel beim vorsichtigen Austupfen und Reinigen der Wunde, der jedoch bald nachlässt. Am 5. Tage vorübergehende Nackensteifigkeit. Die nächsten 2 Tage liegt nichts besonderes vor, die Temperatur zeigt dagegen einen unregelmässigen, sprunghaften Charakter zwischen 38--39,5°; der Puls ist dabei voll und kräftig. Das Aussehen der Wunde in der Tiefe ist aber ein schlechtes, und die foetide Sekretion dauert unvermindert fort. Der Verdacht auf fortbestehende kariöse Prozesse wird immer wahrscheinlicher, zugleich haben sich manche Anzeichen einer beginnenden intrakraniellen Komplikation dokumentiert. Eine Lumbalpunktion ergiebt klare Flüssigkeit mit einzelnen Leukozyten, Bakterien nicht vorhanden (Dr. Schütze vom Reichsdeutschen Lazaret). Nunmehr wird der ganze häutige Gehörgang losgelöst und vorgeklappt. Es lässt sich jetzt eine kariöse Zerstörung der Promontorialwand in der Gegend der Fenster nachweisen; die Knochenbrücke zwischen beiden Fenstern ist zerstört. Der Bogengang scheint, soweit übersichtlich, intakt.

Das Fieber fällt vorübergehend auf 37° ab, um sich dann wieder auf 39° zu erheben, dabei keine Nackensteifigkeit, keine Lähmungen, keine motorischen Reizerscheinungen; die Wunde sieht bei dem folgenden Verbandwechsel rein aus, doch wird Patient mehr und mehr apatisch, spricht undeutlich und scheint auch etwas schwer zu schlucken. Eine erneuerte Lumbalpunktion ergab quoad Bakterien und Eiterkörperchen ein negatives Resultat (Dr. Schütze), auffallend war die ungemein geringe Menge von Cerebrospinalflüssigkeit, die erlangt werden konnte.

Eine Differenzialdiagnose zwischen Meningitis und Abszess war nicht zu stellen; in Anbetracht der absolut infausten Prognose entschloss ich mich zu den äussersten Eingriffen. Mit Umgehung des Sinus wurde der Knochen bis fast zum Porus acusticus internus abgetragen, und die Dura wird gespalten. Tiefes Eingehen in die Hemisphäre des Kleinhirnes sowie auch des Mittelhirnes liessen einen Abszess nicht finden, ebenso war eine Untersuchung der Umgebung des Porus acusticus internus auf meningitische Eiteransammlung absolut resultatlos. Am nächsten Tage bestand komplette Lähmung beider linken Extremitäten. Augenhintergrund normal, dagegen lässt sich eine leichte Okulomotoriuslähmung nachweisen, so dass trotz vorhandener Fazialislähmung eine leichte Ptosis vorhanden ist. Keine Abduzenslähmung.

Nunmehr konnte mit Sicherheit der intrakranielle Krankheitsherd in der Gegend des Pons Varoli gesucht werden. Ich entfernte daher die letzte Knochenbrücke, die mich vom Meatus auditorius internus trennte und ging mit einer stumpfwinklig abgebogenen derben Sonde direkt auf den Pons ein, und hatte die Genugtuung, dass, als ich dieselbe zurückzog, grüner dicker Eiter, wenn auch nur tropfenweise, ihr folgte.

Die Operation wurde an dem vollkommmen komatösen Patienten ohne Chloroform vorgenommen. Bald, nachdem der Eiter abgeflossen war, kehrt das Bewusstsein vorübergehend wieder, um jedoch allmählich wieder zu schwinden. Der Patient starb im tiefsten Koma.

Die Sektion, welche Dr. Colmers vom Deutschen Vereinslazarett des Roten Kreuzes auszuführen die Freundlichkeit hatte, ergab, ausser beginnender diffuser Meningitis eine auf die rechte Seite der Pons Varoli lokalisierte infiltrierende Meningitis der weichen Häute. Dieselbe erweist sich als scharf umgrenzt, und lässt sich wie eine an den Rändern festsitzende Blase vom darunter liegenden Gehirn abheben, während die darunterliegende Hirnoberfläche dellenförmig eingedrückt ist. Sie fasst in sich die ganze rechte Seite des Pons Varoli, vom Nervus acustico-facialis ausgehend, umscheidet sie dicht den N. Trigeminus, berührt leicht den Oculomotorius und Abducens, während Glossopharyngeus und Vagus ausserhalb der Infiltrationszone liegen. Des weiteren konnte nachgewiesen werden, dass die Sonde diesen Abszess erreicht und eröffnet hatte, und dass somit der bei der Operation abgeflossene dicke Eiter aus ihm stammte.

Es sind in letzter Zeit einzelne Fälle von operativ geheilter Meningitis publiziert worden, doch hat es sich in diesen Fällen immer um eine Konvexitätsmeningitis gehandelt. Einen Fall operativ geheilter basaler Meningitis habe ich in der Literaturgeschichte nicht finden können. Immerhin muss auf Grund des vorliegenden Obduktionsbefundes die Möglichkeit einer erfolgreichen operativen Therapie zugegeben werden, wenn die basale Meningitis eine cirkumskripte ist, und man nach Möglichkeit früh zu operieren in der Lage ist. Da die Elemente des inneren Ohres nicht mehr geschont zu werden brauchen, so kann man ruhig alle Knochen bis zum meatus auditorius internus entfernen, und sich von dort aus einen Zugang zum Gehirnabszess schaffen. Die Möglichkeit, durch Drainage dem Eiter nach aussen genügend Abfluss zu schaffen, muss, wie gesagt, zugegeben werden, wenn auch natürlich nur in einer ganz beschränkten Anzahl von Fällen. Der Versuch kann jedoch immer gewagt werden, da die Prognose doch absolut infaust ist.

(Autoreferat).

Dr. Voss erinnert an den Vortrag des Dr. E. Schwarz im vorigen Jahr, welcher Untersuchungen über die Cerebrospinalflüssigkeit bei Schädeltraumen gemacht hat. Die Meningitis wurde durch Trübung der Spinalflüssigkeit festgestellt. Hier ist nun durch die Sektion eine ausgebreitete Meningitis festgestellt und die Spinalflüssigkeit ist doch klar gewesen. Das beweist die Unzulässigkeit der Lumbalpunktion zur Stütze der Diagnose Meningitis. Auch scheine ihm nach dem referierten Symptomenbild die Möglichkeit einer genauen Lokaldiagnose in diesem Fall nicht vorgelegen zu haben, weil die Fazialislähmung schon allein durch die Felsenbeinerkrankung erklärt werden kann.

Dr. Mühlen gesteht zu, dass die Lumbalpunktion nicht massgebend sei, die von ihm gestellte klinische Diagnose sei jedoch in seinem Fall durchaus gerechtfertigt gewesen und referiert er noch einmal die Hauptmomente für die Diagnosenstellung. — Er erwähnt dann, dass Prof. Quincke bei Meningitis eine Drainage empfohlen habe; es sollen hierbei die obersten Halswirbel hinten reseziert werden und dann die Dura gespalten werden. Prof. Friedrich habe dann 2 Fälle so operiert und drainiert, beide seien jedoch gestorben.

Dr. Paul Klemm meint, es werde sich bei derartigen Operationen immer darum handeln, ob eine circumscripte Eiterung besteht oder nicht; auch die Kümmel'schen Fälle seien so zu deuten, dass es sich um abgekapselte Herde ge-

handelt. Wird der Prozess jedoch diffus, so wird weder eine Operation, noch eine Drainage etwas helfen. Bei Erkrankungen des Peritonaeums gestalteten sich die Verhältnisse ja ähnlich: Heilungen kämen nur dort vor, wo es sich um Abszesse gehandelt, wenn sie auch noch so gross seien; sei die Erkrankung jedoch diffus, so sei eine Operation unmöglich. Die operative Behandlung eitriger Prozesse im Gehirn werde sich immer auf subdurale Abszesse beschränken und auf Eiterungen, welche von den Hüllen ausgegangen und begrenzt sind.

Nach Dr. Voss ist die Frage auch immer unentschieden, ob man operativ vorgehen soll, wenn Meningitiserscheinungen vorhanden sind; denn es könne sich ja auch um meningitische Erscheinungen handeln, welche wieder zurückgehen können; viel einfacher liege die Sache bei chirurgischen Verletzungen; bei geschlossener Dura jedoch, wo kein Trauma vorliegt, sei der Entschluss, chirurgisch vorzugehen ein schwerer, weil man gerade Krankheitserreger hineinbringen könne.

Dr. P. Klemm betont, dass das wichtigste natürlich eine genaue Diagnose bliebe. Nach Prof. Bergmann solle man sich erst dann zur Operation entschliessen, wenn die Diagnose ganz sicher: doch gebe er zu, dass dies oft precär sei, denn bei einer richtigen Meningitis kämen wir zu spät; dann gebe es aber auch, wie schon Dr. Voss erwähnt, die Pseudomeningitis, welche ausheilen könne, lasse man sich nun von der Intention leiten, möglichst früh zu operieren, so sei dies sehr gefährlich.

Dr. v. Mühlen kann die Ansicht v. Bergmanns in diesem Fall nicht für massgebend halten, denn neuerdings lägen Beobachtungen (Witzel) vor, dass durch Tamponade die Meningitis lokalisiert werden könnte; in anderen Fällen wurde die Meningitis schon durch die Lumbalpunktion nachgewiesen, und auch solche Fälle sind operativ geheilt worden. Daher sei auch bei ausgesprochener Meningitis immer noch eine Operation zu empfehlen, denn sonst geht der Kranke doch zu Grunde.

Dr. Voss referiert über einen Fall, einen Ohrenkranken, welcher Kopfschmerzen, Temperaturen bis 39° und Parese des rechten Beines hatte; er punktierte das Kleinhirn und den Schläfenlappen, doch erfolglos; nachdem die Operationswunde schon verheilt war, bekam das Kind nach einem Spaziergange wieder Kopfschmerzen und Temperatursteigerungen bis 39°. Durch ein Abführmittel schwanden jedoch alle Symptome.

Die Hauptschwierigkeit liegt in der Entscheidung der Frage, ist die Meningitis schon allgemein, oder noch lokalisiert, und hier das richtige zu treffen, sei Glückssache. In Bezug auf die Bemerkung Dr. Klemms, dass vor der Operation eine topische Diagnose gestellt sein müsse, führt Voss an, dass die Hirnabszesse nach Ohrenerkrankungen schon operiert werden müssen auf die Allgemeinerscheinungen hin.

Dr. P. Klemm gesteht zu, dass er bei seinen vorherigen Bemerkungen die Fälle ausnehmen müsse, wo anamnestisch Ohrenerkrankungen nachgewiesen werden können.

Dr. v. Krüdener meint, dass die anatomischen Verhältnisse an der Basis lokalisierte Erkrankungen leicht erklärlich machten; cirkumscripte Abszesse, speziell bei Augenmuskellähmungen kämen gewiss häufiger vor, als sie bis jetzt diagnostiziert worden wären.

Dr. v. Mühlen bemerkt noch einmal, dass für die Lokalisation an der betreffenden Stelle ja so viele Symptome sprechen, dass man noch mehr eigentlich gar nicht erwarten konnte. Die Meningitis könne sich eben lokalisieren; durch Tamponade könne man eine Lokalisation begünstigen, derartige Fälle seien beschrieben worden.

Dr. v. Mühlen referiert b) über einen Fall von Sequestrierung mehrerer Knochen der pars ethmoidalis, welche zu einem grossen Hirnabszesse geführt hatte; der Patient wurde durch Operation geheilt. (Aus dem Roten Kreuz von Gross-Nowgorod in Charbin). Herr X., 40 a. n. erscheint mit einem mächtigen Exopthalmus links und einer stark eiternden Fistel im linken inneren Augenwinkel in der Sprechstunde. Er giebt an vor 2 Jahren mit einer Eiterung in der linken Nasenseite erkrankt zu sein, ein ätiologisches Moment weiss er nicht anzugeben. Im Laufe der Zeit sind unzählige Male Polypen aus der Nase extrahiert worden, jedoch immer ohne Erfolg. Seit 2 Monaten soll die Fistel bestehen, zugleich der sich immer vergrössernde Exophthalmus.

Die Untersuchung der Nase ergab, dass dieselbe mit Granulationen angefüllt war. Die Sonde stiess auf einen knöchernen Wiederstand, der, eine vertikale Wand bildend, die Sonde nirgends vorübergleiten liess. Die Rhinoscopia posterior zeigte ebenfalls Granulationen in der linken Choane ausserdem aber eine buckelige Verwölbung der Schleimhaut der hinteren linken Partie des Nasenrachenraumes. — Ueber der Stirnhöhle konnte keine Vorwölbung und Druckempfindlichkeit nachgewiesen werden. Wie die Sache lag, konnte sich es nur um eine Sequestrierung grösserer Partien des knöchernen Gerüstes der Nase handeln, verbunden mit einer Vereiterung des orbitalen Fettgewebes. Wie weit die Nebenhöhlen dabei beteiligt waren, musste unentschieden bleiben, ebenso konnte eine Ursache des Leidens nicht ermittelt werden. Lues lag nicht vor. Die Diagnose lautete daher auf Sequestrierung der ganzen pars ethmoidalis nasi.

Operation am 9. September 1905. Schnitt auf der Mitte des Augenbrauenbogens beginnend bis zur Mitte der Nase. Resektion des Stirnfortsatzes des Oberkiefers, der bereits spontan sich in der frontalen Natlinie gelöst und in die Orbita hinein verschoben hatte. Nun lässt sich ein gewaltiger Sequester von der Grösse einer Kartoffel extrahieren. Derselbe fasst in sich das ganze mit Granulationen fest austamponierte Siebbein, zugleich blieb daran das Dach der Highmorshöhle haften. Beim Ausschaben der mit Granulationen angefüllten Highmorshöhle wird ein in die Granulationen eingebetteter kariöser Molarzahn mit entfernt. Sodann wird die mit Granulationen angefüllte Stirnhöhle eröffnet, und der Rest der sequestrierten vorderen oberen Siebbeinzellen entfernt.

Es lag somit der ganze Krankheitsherd frei, eine ungeheure Höhle bildend. Nach hinten reichte sie bis zum Foramen opticum, nach unten bis in den Alveolarfortsatz, nach oben schloss sich die ganze Stirnhöhle an. Um dem Sekret genügend Abfluss zu schaffen wurde nach Resektion der nasalen Knochenwand ein breiter Zugang in den unteren Nasengang geschaffen.

Die ganze Höhle wurde tamponiert, die Schnittwunde vernäht, und nur aus dem inneren Augenwinkel ein Gazedrain hinausgeleitet.

Der Kranke hat die Operation gut überstanden. Der Wundverlauf ging nach Wunsch von statten.

Als ich mich später nach dem Schicksal des in der Highmorshöhle gefundenen Zahnes erkundigte, ergab es sich, dass der sehr intelligente Kranke sich genau an alles erinnern konnte. Vor 2 Jahren hatte er sich einen linken hinteren Backenzahn ziehen lassen, der Zahn jedoch war dem Zuge nicht gefolgt, sondern nach oben irgendwo hin verschwunden. Gleich darauf hatte sich die linksseitige Naseneiterung mit allen ihren Komplikationen eingestellt.

(Autoreferat).

P. 2 der Tagesordnung: Dr. Schabert spricht über einen von ihm sezierten Fall von Pseudoleukaemie und demonstriert ein dazugehöriges anatomisches Präparat, welches die Diagnose erhärten soll. Es handelte sich in diesem Fall um eine 28-jährige Patientin, welche seit 2 Monaten über Kopfschmerz, Schwindel und Schwäche klagte; die menses traten nur alle 3 Monate auf. Der Nierenbefund war normal, auch der übrige Organbefund im Allgemeinen normal; Temperatursteigerung bis 37,6°. Es wurde eine Veränderung der Magenschleimhaut angenommen; die Einführung der Schlundsonde misslang jedoch, dabei entleerte sich etwas Blut; am 7. Tage ihres Krankenhausaufenthaltes klagte sie über Schwächegefühl und starb in der Nacht. Es lag also hier ein plötzlicher Todesfall vor, der durch eine Erkrankung der Zirkulationsorgane speziell nicht zu erklären war; daher dachte man an einen Gehirntumor, um den plötzlichen Tod zu erklären. Der Sektionbefund war im wesentlichen folgender: Herz faustgross, völlig kontrahiert, frei von jeder Auflagerung; die Mitralis frei; das ostium venosum wird von einem Blumenkohlartigen Tumor verlegt, man musste ihn für einen wandständigen Thrombus halten; sehr wenig Blut im Herzen; der Pharynx ist blass; die Tonsillen $1^1/_2$ nussgross, enthalten kleine Abszesse (angina); Aorta von gewöhnlicher Dimension, zart, glattwandig; Lungen frei; Milz 16 cm. in der Länge, stark vergrössert, auf dem Schnitt sieht man miliare weisse Einlagerungen, von einer eigentümlichen Farbe wie bei der Pseudoleukaemie, sie sieht «Mettwurstartig» aus, Milzgewicht 370 Gramm. Leber von gewöhnlicher Grösse, Nieren normal. Drüsen des Mesenteriums vergrössert, succulent, die Follikel des Darmes aber nicht. Hiernach musste man an Pseudoleukämie oder Leukämie denken. In Bezug auf das Gehirn ergab die Sektion eine Abplattung der Gyri; die Schädelbasis war eigentümlich geformt, der clivus Blumenbachii verlief horizontal, fiel dann brüsk ab; das foramen vertebrale war nur für eine Fingerkuppe durchgängig; ein Tumor im Gehirn war nirgends zu finden: am Schädel jedoch ein Tumor, zwischen atlas und epistropheus; dieser Tumor hatte den clivus Blumenbachii vorgetrieben; dieser Tumor musste als Sarkom, als Lymphocytom angesprochen werden; der Tumor am Herzen war wohl eine kleine Metastase. Das Ganze bot also das Bild der sogenannten Hogdkin'schen Krankheit. Der Tumor geht vom Pha-

rynx aus, sein Sitz an der Schädelbasis ist wohl als Grund für den plötzlichen Tod anzusehen. Am Herzen konnte die Todesursache nicht gesehen werden. denn das Herz war blutleer; auch hätte man eine Dilatation des linken Vorhofs erwarten müssen. Den Befund am Gehirn, nämlich die Abplattung der Gyri und einen gewissen Grad von Oedem für den plötzlichen Tod verantwortlich zu machen, sei eine Frage, welche noch nicht vollständig geklärt sei. Bekannt sei auch der plötzliche Tod bei Thymuserkrankung, der sogenannte mors Thymica, von Paltauf (Wien) besonders studiert. Diese Fälle zeigten eine Verwandschaft mit der Leukaemie; Hedinger will den plötzlichen Tod bei diesen Erkrankungen nicht nur auf mechanischem Wege, sondern auch auf toxischem Wege erklären.

Dr. v. Mühlen bemerkt, dass diese malignen Lymphome gewöhnlich ihren Ausgangspunkt vom lymphatischen Schlundringe nehmen; er entsinne sich eines Falles, wo sich am weichen Gaumen ein Tumor fand, welcher schon mehrfach von anderer Seite abgetragen worden war, jedoch immer wieder wuchs; als der Pat. zu ihm kam, hatte er schon eine grosse Drüse, daher lehnte er eine Operation ab. Die toxische Wirkung habe er übrigens in der Literatur nicht erwähnt gefunden als Ursache für den plötzlichen Tod, er meine, dass der Tod gewöhnlich durch Erstickung, durch Wachsen der Tumoren erfolge.

Dr. v. Krüdener erklärt, dass durch Enge des Vertebralloches in diesem Falle eine Liqnorstauung am leichtesten möglich erscheine; dieser Fall habe seiner Ansicht nach sicher eine Stauungspapille gehabt: gerade hierbei kämen plötzlich Todesfälle sehr oft vor und müsse er daher auf diese Weise den plötzlichen Tod im Schabert'schen Falle erklären.

Dr. Krannhals ist gegen die Bezeichnung «Pseudoleukaemie»; man wisse nicht, was man sich eigentlich darunter vorstellen solle, wenn sich die Frage auch in letzter Zeit zu klären beginne; fände sich jedoch solch ein Tumor wie hier, so müsse es sich um Lymphosarkom handeln, welches vom lymphatischen Schlundring ausgegangen.

Dr. Schabert erwiedert Dr. Krannhals, dass seiner Ansicht nach diese Frage über die Pseudoleukaemie sich jetzt gerade im Fluss befinde, noch nicht im Stadium der Klärung, sowohl bei den Klinikern als den Anatomen; von einer Abgrenzung dieser Fälle sei man noch weit entfernt; er habe mit Absicht die alte Bezeichnung gewählt, der neueste Name «Lymphozytom» sei noch wenig bekannt.

Dr. P. Klemm möchte doch auch auf die klinischen Unterschiede hinweisen; eine Reihe von Tumoren wachse wohl, nehme von den Lymphdrüsen den Ausgang, durchbreche jedoch nie die Kapsel; die andere Reihe, die Lymphosarkome durchbrechen die Kapsel und letztere Erkrankung führe immer zum Tode; pathologisch-anatomisch bestehe freilich kein Unterschied. Pseudoleukaemie habe man die Krankheit daher genannt, weil es nicht zu der Blutveränderung komme; man sollte diese Krankheit jedoch lieber als Sarkom der Lymphdrüsen bezeichnen, welches aber nicht zur Ulzeration führt.

Dr. Schabert wendet dagegen ein, dass gegen Sarkom spreche, dass die Kapsel nicht durchbrochen werde.

Dr. Krannhals meint, man solle die Krankheitsbilder nicht konfundieren, die reinen Lymphome durchbrechen nicht die Kapsel, machen auch nicht einmal Metastasen; sie stehen in der Mitte zwischen Sarkom und Lymphosarkom. Im Uebrigen wolle er sich nur gegen die Bezeichnung «Pseudoleukaemie» überhaupt richten.

Dr. Otto Klemm ist der Ansicht, dass «Pseudoleukaemie» nur eine klinische Diagnose sei, anatomisch könne man sie nicht stellen; er fragt dann, ob es nachgewiesen sei, dass der Befund am Herzen eine Metastase sei.

Dr. Schabert endlich giebt seine Meinung dahin ab, dass die Leukaemie oft aus der Pseudoleukaemie hervorgehen könne; es herrschten viele Uebergänge; in seinem Fall könnte man die Krankheit als Lymphozytom bezeichnen.

d. Z. Sekretär: Dr. med. Theodor Schwartz.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Durch ein Allerhöchstes Reskript Ihrer Majestät der Kaiserin Maria Feodorowna wurde der Leibchirurg, Professor Dr. Weljaminow, anlässlich der Schliessung des beim Roten Kreuz gebildeten Komitees zum Sammeln von Mitteln zur Linderung der Not der Vaterlandsverteidiger, dessen Leiter Prof. Weljaminow war, ausgezeichnet. Ihre Majestät spricht in dem Reskript dem Professor ihre aufrichtige und herzliche Dankbarkeit für seine Verdienste aus.

— Der Senior der medizinischen Fakultät in Erlangen. Professor der Physiologie Dr. J. Rosenthal, beging am 3./16. Juli seinen 70. Geburtstag. Er wirkt seit 1872 an der dortigen Hochschule und hat sich auch im öffentlichen Leben durch sein Wirken hervorgehoben.

— Der bisherige jüngere Ordinator am St. Petersburger Augenhospital. Dr. Arthur Lezenius, ist zum älteren Ordinator am genannten Hospital ernannt worden.

— Der ältere Arzt der Revaler Flotten-Halbequipage Dr. Heinrich Rosenthal ist mit Uniform verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum wirklichen Staatsrat.

— Dem Oberarzt des I. Moskauer Stadthospitals Dr. Ernst Klin ist der nachgesuchte Abschied bewilligt worden.

— Die Funktionen eines geschäftsführenden Gliedes der Estländischen Landschafskommission wurden von dem vor kurzem in Reval versammelten Ritterschaftlichen Ausschuss dem beratenden Arzt der Kommission Dr. v. Wistinghausen übertragen.

— Der bekannte Bakteriologe Professor J. Metschnikow in Paris hat einen Ruf der Universität Cambridge auf den Lehrstuhl der Protozoologie erhalten, mit einem Gehalt von 10,000 Rbl. Wie der «R. Wratsch» jedoch erfährt, hat Prof. Metschnikow die Berufung abgelehnt und es vorgezogen Gehülfe des Direktors am Pasteur-Institut zu bleiben.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 22. Juni in Kiew der frühere Professor der medizinischen Physik an der dortigen Universität, Dr. Alexei Schkljarewski, an Tabes im 70. Lebensjahr. Der Hingeschiedene, welcher i. J. 1862 den Arztgrad in Kiew erlangte und in den 70-ger und 80-ger Jahren an der genannten Universität wirkte, ist mehrfach literärisch hervorgetreten, auch in deutschen med. Zeitschriften, wie «Pflügers Archiv», wo er eine bemerkenswerte Arbeit über die Entzündung veröffentlichte. Seit vielen Jahren war Sch. durch die schwere Krankheit ans Bett gefesselt 2) In St. Petersburg am 22. Juni der hiesige langjährige Arzt Peisach Halprin im Alter von 60 Jahren nach 34-jähriger praktischer Tätigkeit. 3) Im Kurorte Langenschwalbach (am Taunus) der Fabrikarzt aus Sosnowice Jakob Neufeld im 57. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher seit 30 Jahren die ärztliche Praxis ausübte, fungierte auch als Schularzt in Sosnowice.

— Am 1. Juli n. St. verschied in London der berühmte Gesangtheoretiker und Erfinder des Kehlkopfspiegels Manuel Garcia im Alter von mehr als 101 Jahren. Als er am 17. März vorigen Jahres seinen 100. Geburtstag feierte, war er Gegenstand ungewöhnlicher Ovationen. Die Kehlkopfärzte aller Kulturstaten vereinigten sich um ihm durch eine besondere Deputation eine Ehrengabe zu überreichen und der deutsche Kaiser verlieh ihm die goldene Medaille für Wissenschaft. Garcia wurde in Madrid geboren und war anfangs Sänger, dann Gesanglehrer in Paris. Hier reichte er schon 1840 der französischen Akademie ein «Mémoire sur la voix humaine», in welchem er die Gesetze der Stimmbildung und Stimmübung auf ihre physikalischen und physiologischen Bedingungen zurückzuführen suchte. Nachdem er 1850 nach London übergesiedelt war, hielt er dann am 24. Mai 1854 in der Royal Society of sciences seinen berühmten Vortrag «Beobachtungen über die menschliche Stimme» und beschrieb eine von ihm angewandte Methode, mittelst eines kleinen Spiegels

die Bewegungen im Innern des Kehlkopfs genau zu beobachten. Garcia, der sich der Tragweite seiner Erfindung wohl kaum bewusst war, ist damit der erste dem es gelang, das Kehlkopfinnere am Lebenden ohne chirurgischen Eingriff sichtbar zu machen. Seine Entdeckung wirkte epochemachend, weniger für die Gesangkunst, als für die Physiologie der Sprache und Stimme und vor allem für die praktische Heilkunde.

Standesangelegenheiten.

— Der Ordinator der hiesigen Irrenanstalt Nikolaus des Wundertäters, Dr. G. Troschin, ist als Hauptanstifter der Unruhen in der genannten Anstalt, welche zu dem Exzess gegen den Oberarzt führten, jetzt definitiv dem Gericht übergeben worden. In der besonderen Behörde für städtische Angelegenheiten der Stadt Petersburg hatten sich bei der Beratung über diese Angelegenheit nur das Stadthaupt und noch zwei Mitglieder gegen die Gerichtsübergabe Troschin's ausgesprochen, während die Majorität für solche gestimmt hatte.

— Die städtische Kommission zur Untersuchung der im Alafusowhospitale stattgehabten Unruhen hat ihre Arbeit abgeschlossen. Das niedere Dienstpersonal besteht in Anbetracht des geänderten Verhaltens des Chefarztes (Dr. Kohan) zum Personal nicht mehr auf seinen ursprünglich gestellten Forderungen; die Untersuchungskommission bittet daher das Stadthaupt, er möge beim Stadthauptmann die volle Aufhebung der von letzterem 6 Hospitalbediensteten auferlegten administrativen Strafen befürworten. (Her.).

— Wie der Telegraph aus Charkow berichtet, streikten alle niederen Angestellten des dortigen Gouvernements-Landschaftshospitals, da ihre ökonomischen Forderungen von dem Stadtamte nur teilweise befriedigt wurden. Tausend Kranke blieben ohne Speise und Pflege. Ein Teil des Personals ist wieder in den Dienst getreten und werden die übrigen Streikenden wohl dasselbe tun.

— Der Bezirksarzt in Nikolsk-Ussurisk (im sibirischen Küstengebiet) Dr. N. Kirilow ist für Organisation eines Bauern-Meetings zur Verantwortung gezogen worden und hat seine Stelle verloren. (Dal. R. Wr).

— Assistenzärztevereinigungen in Deutschland. Im Juni fand in Halle im Anschluss an die Hauptversammlung des Leipziger Verbandes der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen eine Versammlung von Assistenzärzten statt, zu der Vertreter aus zahlreichen Städten erschienen waren. Es wurde beschlossen, von der Gründung eines besonderen Assistenten-Verbandes Abstand zu nehmen, aber den Kollegen zu empfehlen, sich in grösseren Orten oder Bezirken im engen Anschluss an den Leipziger wirtschaftlichen Verband zu Assistentengruppen zusammenzuschliessen. Ferner wurden folgende Forderungen aufgestellt: 1) ein Anfangsgehalt von mindestens 1200 Mark ausser vollkommen freier Station inkl. Getränke; 2) alljährlich eintretende Steigerung um 150 Mark bis 200 Mark; 3) Anrechnung der an Krankenhäusern oder medizinisch-wissenschaftlichen Anstalten zurückgelegten Dienstzeit: 4) Urlaub von 4 Wochen in jedem Jahre; 5) Übernahme der Unfallversicherung durch die anstellende Behörde. — Unabhängig hiervon sollen die weitergehenden oder anderweitigen Forderungen der Aerzte an Irrenanstalten oder Lungenheilstätten bleiben.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Die medizinische Fakultät der Moskauer Universität hat es für möglich befunden, im nächsten Semester höchstens 100 Personen in den ersten Kursus neu aufzunehmen. Das Sommersemester an dieser Universität, welches nur zwei Monate gedauert hat, ist am 15. Juni geschlossen worden. Von den 6500 Studenten der Universität hat kaum die Hälfte die Vorlesungen und die Kurse besucht. (R. Wr.)

— Die Odessaer Universität hat beschlossen, in den ersten Kursus der medizinischen Fakultät im nächsten Semester bis 300 Personen neu aufzunehmen.

— An der Dorpater Universität kann wegen Ueberfüllung des I. Kursus der medizinischen Fakultät im nächsten Herbst eine Aufnahme in die Zahl der Studierenden des 1. Kursus nicht stattfinden.

— In dem hiesigen weiblichen medizinischen Institut wird im Herbst keine Aufnahme von Aspirantinnen in den ersten Kursus stattfinden.

— Die Vorlesungen in der militär-medizinischen Akademie sollen am 1. September beginnen. Am 15. Oktober wird, wie verlautet, das 2. Semester des Studienjahres für abgeschlossen gelten und es sollen dann die Examina behufs Versetzung in die höheren Kurse stattfinden.

— An der Charkower Universität haben von 45 Personen, die sich den Prüfungen behufs Erlangung des Arztgrades im Juni-Monat unterzogen, 44 den Arztgrad erlangt, darunter 9 eximia cum laude.

— Von dem St. Petersburger weiblichen medizinischen Institut ist ein Konkurs zur Besetzung des vakanten Lehrstuhls der chirurgischen Fakultätsklinik ausgeschrieben worden. Bewerber haben ihre Gesuche bis zum 1. September dieses Jahres einzureichen.

— Der Chefarzt für parasitologische Forschungen am neuen Institut für experimentelle Krebsforschung, Stabsarzt Dr. Theodor v. Wasielewski, hat sich an der Heidelberger medizinischen Fakultät als Privatdozent habilitiert. Dr. v. Wasielewski war vor seiner Berufung schon Privatdozent an der Universität Freiburg i. Br.

Verschiedene Mitteilungen.

— Aerzten bietet sich Gelegenheit, auf erstklassigen Passagier-Dampfern ab Hamburg nach der Westküste Amerikas Stellung als Schiffsarzt zu erhalten. Nähere Auskünfte erteilt die Deutsche Dampfschifffahrtsgesellschaft «Kosmos» in Hamburg.

— Spende für Syphilisforschung. Dr. Eduard Simon, Mitinhaber der Berliner Baumwollengrossfirma Gebrüder Simon, hat der von der preussischen Regierung einberufenen Konferenz für Syphilisforschungen in Berlin den Betrag von 200,000 Mark zur Verfügung gestellt.

— Ein neues Tuberkulose-Heilserum will jetzt der Professor der Pariser medizinischen Fakultät Dr. Lannelongue (wohl derselbe, welcher 1900 Präsident des internationalen med. Kongresses in Paris war) gefunden haben. Leider sind die Mitteilungen, die er darüber in der letzten Sitzung der Akademie de Médécine gemacht hat, hinsichtlich der Art der Gewinnung des Serums sehr unbestimmt da man nur erfährt. dass er sich hierfür des Esels, statt, wie andere, des Pferdes bedient. Seine bisherigen Experimente wurden nur an Meerschweinchen vorgenommen, von denen die Sterblichkeit bei den mit dem Serum behandelten Tieren auf 40 Prozent herabgedrückt wurde, während diese bei den anderen Tieren 90 Prozent erreichte. Prof. Lannelongue hält nun den Zeitpunkt für gekommen, das Serum auch an Menschen zu versuchen.

Bl.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersb., Petb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 28 St. Petersburg, den 15. (28.) Juli. **1906.**

XVIII. livländischer Aerztetag.

— **Anmeldungen von Vorträgen für den vom 20. bis zum 22. August c. in Wolmar tagenden livländischen Aerztetag können nur noch bis zum 20. Juli berücksichtigt werden.**

Dr. C. Ströhmberg
Präses der Gesellsch. livl. Aerzte.

Dorpat. Carlowa Str. 6.

Zur Frage über den Volvulus S Romani.

Von

Dr. F. Weber.

Privatdozent der Militär-mediz. Akademie.

(Schluss.)

Zum Schluss möchte ich kurz die Krankengeschichten von 10 Fällen anführen.

1. Akuter Volvulus des S Romanum. Laparotomie. Gangraen des S Romanum. Detorsion des Darmes. Tamponade der Bauchhöhle. Tod im Kollaps.

M. K. Fuhrmann 40 Jahre alt. Trat ein ins Hospital am 6. August 1896. Erkrankte am Tage zuvor plötzlich mit Schmerzen im Leibe, die wie er angiebt nach einem Diätfehler entstanden sind. Ins Hospital wurde er im Kollaps gebracht. Starke Auftreibung des Leibes, der sehr gespannt ist; Erbrechen.

Im mittleren Teil des Leibes fühlt man eine geblähte Darmschlinge, die zur Leber zieht. 24 Stunden nach Beginn der Erkrankung wurde von Dr. Butz die Laparotomie ausgeführt. Es stellte sich ein Volvulus des S Romanum von 360° heraus. Die Darmschlinge war stark blutig imbibiert, vollständig unelastisch. Der Darm wurde detorquiert, inzidiert und entleert. Die Bauchhöhle wurde teilweise vernäht, teilweise tamponiert. Einige Stunden nach der Operation starb der Kranke im Kollaps.

2. Akuter Volvulus des S Romanum; Laparotomie. Starke Ernährungsstörungen der Flexur Detorsion und Punktion derselben. Tamponade der Bauchhöhle. Tod 24 Stunden nach der Operation unter peritonitischen Erscheinungen.

A. A. 43-jähriger Bauer. Lastfuhrmann. Trat ins Hospital ein am 10. Oktober 1895.

Erkrankte plötzlich einige Stunden vor Eintritt ins Hospital. Sehr schwerer Allgemeinzustand, filiformer Puls, Erbrechen. Der ganze Leib aufgetrieben, schmerzhaft. Einzelne geblähte Darmschlingen sind nicht durchzufühlen. Starke Cyanose: klagt über intensive Schmerzen im Leibe, 15 Stunden nach Beginn der Erkrankung wurde von Dr. Butz die Laparotomie ausgeführt. In der Bauchhöhle haemorhagisches Exsudat. Volvulus S Romani um 360°; der Darm ist von dunkelroter stellenweise schwarzer Farbe; das Mesenterium haemorrhagisch infiltriert. Die Flexur wurde detorquiert und punktiert worauf der Darm vollständig zusammenfiel. Die Bauchhöhle wurde tamponiert. Nach der Operation kurzdauernde Erleichterung. 24 Stunden nach der Operation Tod im Kollaps. Bei der Sektion wurde allgemeine Peritonitis gefunden. Eine vollständige Gangrän des Darmes war nicht eingetreten.

3. Chronischer Volvulus des S Romanum; Typus des Mesocolon congenitum. Laparotomie. Detorsion des S Romanum. Entleerung des Inhaltes, Heilung. Nach 10 Monaten ein Rezidiv; kein vollständiger Volvulus. Kolostomie. Heilung. Der Anus praeternaturalis schloss sich spontan.

M. G. 72-jähriger gut genährter rüstiger Greis. Trat ein ins Hospital den 25. November 1900. Wurde ausgeschrieben am 21. Januar 1901. Von Kindheit auf leidet er an chronischer Obstipation. Erkrankte vor einer Woche mit Schmerzen im Leibe, die einen krampfartigen Charakter tragen, und Stuhlverstopfung. Im stark aufgetriebenen nicht schmerzhaften Leibe fühlt man eine kolossal aufgetriebene Dickdarmschlinge durch, die deutliche peristaltische Kontraktionen aufweist. Das Klysma bleibt ohne jeglichen Erfolg. Am 11. Tage nach Beginn der Stuhlretention wurde von Dr. Butz die Laparotomie ausgeführt. Das S Romanum war bis zu fast unglaublichen Dimensionen dilatiert und reichte nach oben bis zur Leber. Die Darmwand war sehr stark hypertrophiert, die venöse Stauung in ihr wenig ausgesprochen. Nachdem durch einen Einschnitt aus dem Darme kolossale Kotmassen entfernt waren, wurde die Darmschlinge hervorgezogen, wobei es sich erwies, dass die Flexur an ihren Fusspunkten um 180° gedreht war. Ein mechanisches Hinderniss bei Uebergang des S Romanum ins Rektum war nicht nachzuweisen. Nachdem der angeschnittene Darm gut zugenäht und detorquiert war, wurde er reponiert und die Bauchhöhle zugenäht. Heilung.

Nach 10 Monaten trat der Patient mit denselben Erscheinungen von Neuem ein. Am 10. Januar 1902 wurde von Dr.

Butz zum zweiten Mal die Laparotomie gemacht. Dieselbe wurde unter Cocain in der linken unteren Bauchhälfte ausgeführt. Der Darm war wieder wenig verändert; er wurde in die Bauchwunde eingenäht und zwei Tage später mit dem Thermokauter eröffnet, wobei wieder kolossale Kotmassen entleert wurden. 3 Tage nach der Operation trat normaler Stuhlgang per anum ein, worauf die Schmerzen und die peristaltischen Kontraktionen des Darmes verschwanden. Der künstliche After schloss sich mehrere Monate nach der Operation spontan.

4. Subakuter Volvulus S Romani. Vorhergehende leichte Anfälle, die ohne Operation zurückgingen. Plötzlicher Tod unter Zeichen von Herzschwäche. Die Sektion zeigt Gangraen des Coekum wegen Ueberdehnung.

K. 40-jähriger Bauer. Trat ein ins Hospital den 7. September 1903. Starb 8. September früh am Morgen. Leidet seit 5 Jahren an Anfällen von Magenschmerzen, die sich einige Male im Jahr wiederholen und gewöhnlich nicht länger wie 24 Stunden dauern. Der letzte Anfall fing 8 Stunden vor Eintrtit des Kranken ins Hospital an. Der Allgemeinzustand ist befriedigend; der Kranke klagt über sehr starke Schmerzen im Leibe, ohne bestimmte Lokalisation. Kein Stuhlgang, kein Abgang von Winden. Der Leib ist stark aufgetrieben; durch die Bauchdecken fühlt man ad maximum geblähte Dickdarmschlingen, die keine Peristaltik aufweisen und unbeweglich sind. Das Klysma wird nicht gehalten. Da ebensolche Anfälle immer spontan zurückgingen wurde beschlossen bis zum nächsten Morgen zu warten, um so mehr da der Kranke zur Operation keine Einwilligung gab. Zum Abend verschlechterte sich der Zustand nicht besonders, nur der obere Teil des Leibes wurde mehr aufgetrieben; der Puls blieb gut. In der Nacht kollabierte der Kranke ganz unerwartet und starb um 4 Uhr Morgens, 20 Stunden nach Beginn des Anfalls.

Bei der Sektion wurde folgendes gefunden: Das Peritoneum weist keine Entzündungserscheinungen auf. Der ganze Dickdarm ist kolossal aufgetrieben. das S Romanum ist sehr vergrössert, so das der Schenkel der Flexurschlinge fast bis zur Leber reicht, und weist einen Volvulus von 180° auf. Die Stauungserscheinungen in der Flexur sind nicht stark ausgesprochen; die Wände derselben sind mässig verdickt. Der ganze Dickdarm oberhalb der Abschnürung ist ad maximum gebläht, während die Dünndärme vollständig zusammengefallen sind. Der Versuch den Inhalt aus dem Coekum ins Ileum herauszupressen gelingt nicht, da die Bauhin'sche Klappe fest verschlossen ist. Beim Aufschschneiden des Coekum, stellt es sich heraus, dass die Schleimhaut eine aschgraue Farbe hat und eine diffuse Gangraen aufweisst. Es ist hier anzunehmen, dass der Volvulus der Flexur zu einem Darmverschluss geführt hat. Durch Stauung von Gasen und Darminhalt oberhalb des Verschlusses kam es zu einer starken Ueberdehnung des oberhalb gelegenen Dickdarmes; da wegen festen Verschlusses der Valvula Bauhini der Darminhalt in die Dünndärme sich nicht verbreiten konnte kam es zu einer Ueberdehnung des dünnwandigen Coekums, die zur Gangrän der Schleimhaut führte.

5. Akuter Volvulus des S Romanum. Laparotomie. Tod unter Erscheinungen einer beginnenden Peritonitis.

G. S. ein 50-jähriger Bauer. Trat ein am 15. April 1903 Starb den 16. April 1903.

Litt immer an Obstirpationen. Erkrankte in der letzten Nacht mit starken Schmerzen im Leibe, nachher Erbrechen; Stuhlgang trat nicht auf. Der Leib ist stark aufgetrieben, schmerzhaft. Man sieht deutlich eine stark geblähte unbewegliche Dickdarmschlinge. 1½ Tage nach Beginn der Erkrankung wurde von Dr. Butz die Laparotomie ausgeführt. Bei Eröffnung der Bauchhöhle floss viel trübes Exsudat mit starkem Geruch heraus. Das S Romanum ist um seine Mesenterialaxe torquiert, wobei der Darm vollständig gangraenös geworden ist, Im Mesenterium des S Romanum sind narbige Stränge. Der gangraenöse Darm wurde aus der Bauchhöhle herausgeleitet, die letzte ausgewaschen und tamponiert. Einige Stunden nach der Operation starb der Kranke.

6. Subakuter Volvulus des S Romanum. Laparotomie, Detorsion des Darmes. Glatte Heilung. Nach 2½ Jahren ein Rezidiv. Laparotomie. Gangraen des S Romanum; Resektion desselben. Tod 10 Stunden nach der Operation.

E. Schneider, 66 Jahre alt, in der letzten Zeit stark abgemagert. Litt die letzten Jahre an Obstipationen. Erkrankte den 22. Februar 1902 mit plötzlichen Schmerzen im Leibe. worauf Stuhlverhalten eintrat. Clysmata ohne Effekt, kein Erbrechen. Das Allgemeinbefinden wenig alteriert. Puls 112. Der Leib stark aber ungleichmässig aufgetrieben, man fühlt deutlich die meteoristisch geblähte unbewegliche Darmschlinge durch, die aus der linken Darmbeingrube sich nach oben zur Leber erstreckt. Den 27. Februar wurde von mir die Operation ausgeführt. Das S Romanum stellte einen Volvulus von 360° dar. Trotz dieser starken Drehung waren die Stauungserscheinungen im Darm nicht sehr bedeutend ausgesprochen, und die Ernährung des Darmes hatte wenig gelitten. Der Darm wurde mit Leichtigkeit detorquiert und durch ein Drainrohr, welches ins Rektum eingeführt wurde von seinem Inhalte befreit. Die Bauchhöhle wurde vollständig zugenäht. Es erfolgte glatte Heilung.

Nach 2½ Jahren trat ein Rezidiv ein, da ich abwesend war, wurde ein in St. Petersburg bekannter Chirurg konsultiert; derselbe führte die Operation 6 Tage nach Beginn der Erkrankung aus; dabei stellte es sich heraus, dass der torquierte Darm gangraenös geworden war. Es wurde die Resektion des S Romanum ausgeführt. 10 Stunden nach der Operation starb der Kranke im Kollaps.

7. Subakuter Volvulus des S Romanum. Gravidität im VI. Monat Laparotomie. Detorsion des Darmes. Partus praematurus. Glatte Heilung.

M. M: Bäuerin, 22 Jahre alt, im VI. Monat schwanger, trat ein ins Hospital den 2. Februar 1904. Erkrankte plötzlich den 1. Februar mit starken Schmerzen im Leibe, Stuhlverhalten. St. praesens den 4. Februar: die Kranke machte keinen schweren Eindruck, der Puls befriedigend. Der Leib unregelmässig aufgetrieben; rechtseitiger Flankenmeteorismus und Auftreibung der regio epigastrica (Colon transversum). Links vom Nabel fühlt man undeutlich eine unbewegliche stark gespannte Darmschlinge. Ausserdem fühlt man durch die wenig gespannten Bauchdecken den graviden Uterus. Den 4. März wurde von mir die Laparotomie ausgeführt. Dabei wurde ein Volvulus des S Romanum gefunden; die Flexur war um 180° gedreht, die Stauungserscheinungen im Darm waren wenig ausgesprochen. Detorsion des Darmes. Durch Schrumpfung des Mesenteriums waren die Fusspunkte bis auf 2 Centim. genähert. Nachdem der Darm angeschnitten, entleert, zugenäht und reponiert war, wurde die Bauchhöhle zugenäht. In der folgenden Nacht Partus praematurus, nachher glatter Verlauf.

8. Chronischer Volvulus des S Romanum, welches in die rechte Bauchhälfte verlagert ist, dabei ein nicht vollständig ausgesprochener Volvulus Coeci. Laparotomie am 12. Tage nach der Erkrankung. Detorsion und Entleerung des Darmes. Glatte Heilung. Das S Romanum zeigt den Typus des Mesocolon congenitum.

M. B. 46-jährige Bäuerin, leidet seit ihrer Kindheit an Verstopfung; trat ein ins Hospital den 3. Mai 1904; wurde ausgeschrieben am 27. Mai 1904. Erkrankte vor 9 Tagen plötzlich als sie aus dem Bette aufstehen wollte mit starken Schmerzen im Leibe, Erbrechen trat nicht ein, seitdem kein Stuhlgang, kein Abgang von Winden. Der Leib wurde allmälig immer mehr und mehr aufgetrieben. St. pr. 4. Mai. Das Allgemeinbefinden wenig alteriert; der Leib kollossal aber ungleichmässig aufgetrieben, bei der Palpation nicht schmerzhaft. Im mittleren Teil des Leibes etwas links vom Nabel fühlt man eine stark aufgetriebene Dickdarmschlinge, die unbeweglich ist und keine Peristaltik aufweist. In der rechten Bauchhälfte fühlt man eine zweite geblähte Dickdarmschlinge durch, die sich unter dem Leberrande verliert und deutliche peristaltische Kontraktionen aufweist. Ich stellte die Diagnose auf Volvulus S Romani, wobei ich die links vom Nabel gelegene Schlinge für die geblähte Flexur hielt. Bei der Operation die von mir am 12. Tage nach Beginn der Erkrankung ausgeführt wurde, zeigte es sich, dass der links vom Nabel gelegene Darm das Coecum war, welches ein freies Mesenterium hatte und dabei so um seine Längsaxe gedreht war, dass die hintere rechte Fläche nach vorne sah. Rechts vom Coecum lag die kollossal verlängerte und dilatierte Flexur des S Romanum, die um 180° gedreht war und mit ihrem Scheitel unter der Leber verschwand. Die Stauungserscheinungen waren in der stark hypertrophisch verdickten Flexur wenig ausgesprochen. Dieser massive Darm drückte mit seiner ganzen Last auf das Mesenterium des Coecum und verursachte hier einen nicht stark ausgesprochenen Lokalmeteorismus. Das S Romanum wurde mit Leichtigkeit d torquiert; dabei zeigte es sich dass die Ernährung des Darmes trotz langem Bestehen der Inkarzeration wenig gelitten hatte. Nachdem die Dickdärme von ihrem Inhalte befreit waren wurden die Därme reponiert und die Bauchhöhle zugenäht. Es erfolgte glatte Heilung.

9. Linksseitige Ovarialcyste. Stieltorsion derselben und Volvulus des S Romanum. Vollständige Gangrän des letzteren. Entfernung der Cyste, Vorlagerung des gangraenösen Darmes. Am folgenden Tage Resektion desselben. Glatte Heilung.

M. L. 43-jährige Bäuerin. Trat ein ins Hospital am 15. September 1905, wurde ausgeschrieben am 29. November desselben Jahres. Erkrankte 2 Tage vor dem Eintreten ins Hospital spontan mit starken Schmerzen in der unteren linken Bauchgegend und Uebelkeit, Erbrechen trat nicht auf. Die Kranke kam ins Hospital auf den Füssen. Der Leib ist stark aufgetrieben, gespannt. In der rechten Fossa iliaca fühlte man undeutlich eine harte wenig bewegliche Ge-

schwulst. Die Diagnose wurde auf Stieltorsion einer Ovarialcyste gestellt. Am 16. September 3 Tage nach Beginn der Erkrankung wurde von der Siem die Laparotomie ausgeführt. Beim Eröffnen der Bauchhöhle floss reichliches trübes Exsudat heraus. Die Geschwulst in der rechten Darmbeingrube stellte sich als linksseitiges Ovarialcystom heraus, welches um seinen sehr langen Stiel gedreht war. Dabei hatte dieser lange Stiel die Schlinge des S Romanum an ihrer Basis umschnürt, was eine vollständige Gangraen des S Romanum zur Folge hatte. Bei der ersten Operation begnügte sich Dr. Siem mit dem Entfernen des Ovarialcystoms, die gangränöse Flexur wurde aus der Bauchhöhle herausgelagert. Als sich die Kranke am folgenden Tage vollständig erholt hatte, wurde die Resektion des S Romanum lege artis ausgeführt und die beiden Darmenden in zwei Etagen vernäht. Die Bauchhöhle wurde offen gelassen, und erst am zehnten Tage, nachdem alle Tampons entfernt waren, sekundär vernäht. Die Kranke erholte sich vollständig.

10. **Akuter Volvulus des S Romanum; Gangraen des letzteren. Resektion, anus praeternaturalis Tod 20 Stunden nach der Operation an Peritonitis.**

W. N. 35 Jahre alt, adlig. Trat ein ins Hospital den 28. März 1906; starb den 30. März 1906. Litt an Obstipationen. Erkrankte 24 Stunden vor Eintritt ins Hospital plötzlich unter starken Schmerzen im Leibe, Stuhlverhalten. Die Kranke macht einen schweren Eindruck, Puls klein kaum fühlbar (130), Hände mit kaltem Schweiss bedeckt. Der Leib unregelmässig aufgetrieben, stark schmerzhaft. Links vom Nabel findet man undeutlich eine stark aufgetriebene unbewegliche Darmschlinge. Die Diagnose wurde auf Volvulus S Romani gestellt. Bei der Operation, die von mir bald nach Eintritt der Kranken ins Hospital ausgeführt wurde, stellte es sich heraus, dass die lange Flexur um 360° gedreht und und vollständig gangraenös war. Das Mesenterium der Flexur war chronisch verdickt, die Fusspunkte genähert. Da die Kranke collabierte wurde von der Resektion Abstand genommen; der gangraenöse Darm wurde aus der Bauchhöhle herausgezogen und breit angeschnitten, die Bauchhöhle tamponiert. Da sich am nächsten Morgen die Kranke etwas erholt hatte, führte ich die Resektion. aus, die sehr erschwert war, da die Gangraen sehr tief auf die Fusspunkte übergegriffen hatte. Die beiden Darmenden wurden in den unteren Wundwinkel eingenäht, der untere Teil der Bauchwunde tamponiert. Die ersten Stunden nach der Operation fühlte die Kranke bedeutende Erleichterung, doch zum Abend stellten sich Zeichen einer Peritonitis ein, der die Kranke bald erlag.

Referate.

Lanz: Appendikotomie. (Münchener med. Wochenschrift. Nr. 4, 1906).

Lanz verfügt über ein Beobachtungsmaterial von 1286 Fällen von Appendizitis resp. appendikulärer Perityphlitis mit einer Gesamtzahl von 710 Appendicektomien. Unter diesen war kein Todesfall. Gefahrlos ist, genaue Asepsis und Technik vorausgesetzt, nur die Frühoperation und die kalte Operation. Auf der Höhe der Krankheit ist im Allgemeinen der Eingriff gefährlicher, als das Abwarten. Aber auch hier giebt es natürlich Ausnahmen.

Nach Mitteilung von 2 Fällen, in denen der Verfasser zweizeitig operierte, formuliert er hinsichtlich der «vorsichtigen zeitlichen Indikationsstellung» folgende Grundsätze, an die er sich in den letzten Jahren möglichst konsequent gehalten hat:

1) Wenn irgend möglich am 1. oder 2. Tage des Anfalls die Frühoperation auszuführen,

2) Während des Anfalls sich nur in Ausnahmefällen durch die vitale Indikation zum Eingreifen bewegen zu lassen und sich in diesem Falle auf Inzision des Abszesses resp. Drainage des Peritoneums zu beschränken.

3) Ein Exsudat, das nicht zurückgehen will, also eitrig ist, spalten, namentlich auch in Hinblick darauf, dass die spätere Appendixektomie viel leichter auszuführen ist, als in Fällen, in denen das Exsudat der Resorption oder Organisation überlassen wird.

4) Nach leichten, selbstbeobachteten, ohne Exsudat verlaufenden Fällen zu operieren, sobald der Patient sich vom Anfall erholt hat.

5) Bei Fällen mit rasch, innerhalb weniger Tage, zurückgehendem Exsudat mindestens 1 Monat,

6) Bei Fällen mit langsam sich zurückbildenden Infiltrat dagegen 3 Monate nach Ablauf des Anfalls mit der Radikaloperation zu warten.

Weyert.

E. Lexer: Zur Behandlung akuter Entzündungen mittelst Stauungshyperämie. (Münchener med. Wochenschrift. Nr. 14, 1906).

Die Ergebnisse der genauen klinischen Untersuchungen und theoretischen Ueberlegungen des Verfassers lassen sich in Folgendem zusammenfassen:

Die veränderten Resorptionsverhältnisse bewirken nur in leichten Fällen keinen Nachteil, bei schweren sind genügende Inzisionen zu fordern, um von dem erkrankten Gewebe die Gefahr der verminderten Resorption während der Stauung, von dem Gesamtorganismus die der gesteigerten Resorption nach Abnahme der Binde fernzuhalten.

Die Vermehrung der Schutzkörper infolge der Stauungsbehandlung ist bezüglich antitoxischer Stoffe ohne wesentliche Bedeutung, bezüglich der bakteriziden in leichten Fällen vorteilhaft, in schweren schädlich durch das Freiwerden grösserer Endotoxinmengen infolge der Bakteriololyse Nur grosse und frühzeitig angelegte Spaltungen des Gewebes begegnen diesem Nachteil.

Die Vermehrung der protolytischen Fermente infolge der Stauung wirkt in infizierten Verletzungs- und Operationswunden günstig. Die Einschmelzung entzündlicher Infiltrate dagegen muss überall, wo es sich nicht um ganz leichte Formen handelt, durch frühzeitige Schnitte verhütet werden, da sonst der nekrotisierende Vorgang wichtige Gewebsabschnitte (z. B. Sehnen) erreicht, oder der Eiter in die Nachbarschaft durchbricht.

Die vermehrte Transsudation beziehungsweise Exsudation während der Stauung wirkt in geschlossenen oder ungenügend inzidierten Entzündungsherden schädlich durch Verbreitung der Giftstoffe im Gewebe, nützlich dagegen in breit geöffneten und in infizierten Verletzungs- und Operationswunden durch die mechanische Ausschwemmung der Infektionsstoffe.

Daraus folgt als Gesamtergebnis, dass sich die Stauungsbehandlung bei akuten pyogenen Erkrankungen im Allgemeinen nur in leichten Fällen eignet, in schweren dagegen nur nach frühzeitigen und genügend grossen Spaltungen. Zweifelhafte Fälle müssen als schwere betrachtet und behandelt werden, namentlich wenn auf den ersten Stauungsversuch eine örtliche Verschlimmerung eintritt. Diese Ergebnisse entsprechen nicht den leitenden Gedanken der Bier'schen Behandlung, die den Schwerpunkt in die Vernichtung der Infektionsstoffe durch die natürlichen, mittelst der Stauung unterstützten Abwehrvorgänge verlegt.

Weyert.

R. Bestelmeyer: Erfahrungen über die Behandlung akut entzündlicher Prozesse mit Stauungshyperämie nach Bier. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 14, 1906).

In der Münchener chirurgischen Klinik (v. Angerer) hat Verfasser Gelegenheit gehabt im Jahre 1905 111 Fälle akut entzündlicher Prozesse (Furunkel, Panaritien, Phlegmonen, Parulis, Mastitis, Lymphangitis, Gelenkeiterungen, Bursitis) nach Bier zu behandeln. Er gibt zu, dass die Wirksamkeit der Stauungshyperämie erwiesen ist, jedoch nur bis zu einer bestimmten Grenze, wo ihre Macht allein nicht mehr ausreicht die Krankheit zu überwinden. Dies ist hauptsächlich dann der Fall, wenn es sich um progrediente Phlegmonen handelt, die schon eine grössere Ausdehnung erlangt haben, dann um eitrige Prozesse, die sich durch eine besondere Bösartigkeit auszeichnen. Hier muss nach wie vor gründlich gespalten und der Eiter entleert werden. Darnach ist es zweckmässig die Stauung folgen zu lassen, um die Heilung zu beschleunigen. In zweiter Linie spielt die Lokalisation der Erkrankung eine Rolle. Je tiefer dieselbe ist, desto weniger scheint das Verfahren heilend einzuwirken (schlechte Resultate bei Knochenerkrankungen, unsichere Erfolge bei Sehnenscheidenphlegmonen und Gelenkeiterungen). Unter den Vorteilen der Methode ist die subjektiv viel angenehmere Behandlungsweise und die kleine manchmal kaum sichtbare Narbe hervorzuheben. Ein weiterer grosser Vorteil besteht in dem Wegbleiben der Tamponade. Unter den Nachteilen der Behandlung nach Bier hebt Verf. noch besonders die im Allgemeinen doch schwierige Technik hervor. Denn es fehlt vor allem ein sicheres objektives Zeichen für die richtige Stauung und man ist meist auf

die subjektiven Angaben der Patienten angewiesen. Von ihnen wird ein gewisser Grad von Intelligenz vorausgesetzt, der nicht selten fehlen wird. Als Nachteil erscheint ferner besonders bei der Saugbehandlung (Klapp) von unbedeutenden entzündlichen Prozessen z. B. Furunkeln, der verhältnismässig grosse Zeitaufwand, der sowohl von seiten des Arztes als auch von seiten des Patienten bei den täglichen Sitzungen gefordert werden muss. Ein weiterer Nachteil liegt vielleicht noch darin, dass sich die Asepsis nicht so exakt durchführen lässt als sonst.

Weyert.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

K. Ewald: Die Indikationen zu chirurgischen Eingriffen und deren Ausführung in einfachen Fällen. I. Teil 336 Oktavseiten mit 8 Abb.; II. Teil 229 S. mit 22 Abb. Wien 1905, Verl. der Hof- und Univ.-Buchh. Alfred Hölder. Preis geb. I. T. = 4 M. 20; II. T. = 3 M. 20.

Das vorliegende, in 2 Teilen geschmackvoll gebundene Buch in handlichem Oktavformat bildet den XIV. Band einer im bekannten Hölder'schen Verlage erscheinenden medizinischen Handbibliothek, welche von dem Wiener Privatdozenten Dr. Friedrich Luithlen unter Mitwirkung zahlreicher Mitarbeiter herausgegeben wird. Da die med. Handbibliothek in erster Linie für den praktischen Arzt bestimmt ist, so hat auch der Verfasser des vorliegenden Bandes, der Wiener Privatdozent Dr. Ewald, bei der Behandlung des Stoffes dem Bedürfnis des praktischen Arztes, welchem die innere Medizin näher steht als die Chirurgie, überall Rechnung getragen. Was den praktischen Arzt am meisten interessiert, den Zeitpunkt festzustellen, wann er den Kranken zum Chirurgen schicken soll, ferner, was er in der Nachbehandlung Operierter zu leisten hat — das ist der Zweck dieser Arbeit gewesen. In grösster Breite finden daher die aus den Symptomen abzuleitenden Indikationen zu chirurgischen Eingriffen ihre Erörterung. Die Erfüllung der Indikationen dagegen wird nur für die allereinfachsten oder dringendsten Fälle, dann aber ausführlich erörtert, da dem Verf. der Leser stets als Arzt vor Augen stand, welchem besondere technische Schulung in der Chirurgie mangelt. So wird in dem Kapitel über «Hernien», welchem 55 Seiten gewidmet sind, die Radikaloperation derselben, wie sie jetzt geübt wird, in allen Einzelheiten beschrieben, daran aber für den mit dieser Operation noch nicht vertrauten Praktiker der dringende Rat geknüpft, sich dieselbe wiederholt auf einer chirurgischen Station vor Ausführung einer solchen anzusehen. — Was die Einteilung des Stoffes anbelangt, so werden in dem I. Teile die Krankheiten des Kopfes, des Halses, der Brustregion, des Rückens und Bauches abgehandelt und im II. Teile die Anomalien des Harnapparates, des männlichen Geschlechtsapparates und der Gliedmassen geschildert. In einem Nachtrage werden dann noch die Otitis infectiosa, der Furunkel, Milzbrand, Wundstarrkrampf und zum Schluss die Kontraindikationen gegen blutige Eingriffe im allgemeinen besprochen.

Die Schilderung ist überall eine klare und leicht verständliche und wird, wo nötig, noch durch gute Abbildungen unterstützt. Es kann daher diese kleine Chirurgie dem in diesem Wissensgebiete weniger bewanderten praktischen Arzte als ein wertvoller Ratgeber empfohlen werden. Die Ausstattung ist, wie eingangs bereits angedeutet, eine durchaus lobenswerte.

Bernhoff.

Protokolle
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1343. Sitzung am 16. Januar 1906.

Westphalen referiert über einen auf seiner Abteilung des Deutschen Alexander-Männer-Hospitals beobachteten Fall von akuter Endocarditis mit Blutungen in verschiedene Organe.

Krankengeschichte. M. 30 a. n. aufg. 4. Sept. 1905.

Anamnese. Bei einem Spaziergange am 29. Juni 1905 plötzlich eintretende, sich in wenigen Stunden steigernde Paraparese beider Beine ohne Sensibilitäts-Mastdarm-Blasenstörungen.

Lues und Gelenkrheumatismus geleugnet.

Stat. praesens. Leber o. B. Cor Dämpfung verbreitert Choc. 5 ICR. ausserhalb der l. M. L. hebend. Darüber systol. Pfeifen. Leber vergrössert, Milz grob palpabel. Urin o. B. Rückenmark. Gang spastisch paretisch, starke motorische Parese beider Beine. Patellarreflexe beiderseits gesteigert, beiderseits Fussklonus. Sensibilität normal. Temp. bis 38,5 gesteigert.

Verlauf. Allmählich fortschreitende. Abnahme der Motilitätsstörung, namentlich rechts mit Abnahme des Fussklonus rechts.

Am 24. September. Starke Schmerzen im Bereich der rechten Nierengegend mit Strahlung in den r. Testikel. Niere vergrössert und stark schmerzhaft tastbar. Haematurie. Im Harn r. Blutkörperchen, Leukozyten, Eiweiss, hyaline Zylinder. 1 Mal Nasenbluten.

5. Oktober. Während der ärztlichen Morgenvisite plötzlich mit kurzdauernd vorangehender Uebelkeit, schlaffe Parese der ganzen l. Körperhälfte. Nach 10 Minuten komplete Hemiplegie links. Nach weiteren 10 Minuten spastische Kontraktionen im Bereiche beider linken Extremitäten und des linken Facialis. Coma. Deviation conjugée der Augen nach links.

Aderlass 450 Cc. Blut. Darnach Zurückgehen der spastischen Erscheinungen. Zum Abend ohne Wiederkehr des Bewusstseins nach praemortalem Anstieg der Temperatur auf 41,9 Exitus.

Klinische Diagnose. Endokarditis acuta mitralis mit Insuffizienz, wohl auch Stenose des Mitralostiums, Blutung ins r. Nierenbecken, ältere Blutung im Dorsalteil des R. M. Apoplexie des Hirnes entweder nahe der Rinde oder mit Perforation in die Hirnventrikel.

Anat. Diagnose. Ausgebreitete verrucös ulceröse Endokarditis der Mitralsegel, abgelaufene ältere Endokarditis der Aortaklappen. Insuffizienz und Stenose des Mitralostiums. Dilatation sämtlicher Herzabteilungen. Milztumor mit Hyperplasie der lymphatischen Apparate. Rotes Knochenmark. Haemorrhagien der Darmwand, der serösen Häute und des Gehirns mit Perforation in d. III. Ventrikel. Parenchymatöse Trübung und venöse Hyperaemie der Organe (Blutung in den Nierenbecken). Lungenoedem.

Mikroskopische Untersuchung d. R. M. an mit Thionin-Eosin, und nach Weigert gefärbten Präparaten (ausg. von Herrn Dr. Hartoch).

Im Dorsalteile des R. M. finden sich 3 Herde, innerhalb derer die R. M.-substanz zerstört und in einen formlosen Detritus umgewandelt ist, welcher von reichlich lymphoiden Zellen durchsetzt wird und starke Erweiterung der perivaskulären Lymphräume und Erfüllung dieser mit lymphoiden Elementen darbietet. Die Gefässwände erscheinen verdickt. Nirgends finden sich Blutungsreste oder Ablagerung von haemorrhagischem Pigmente.

Der kleinste Herd misst nur einige Millimeter und befindet sich an korrespondierender Stelle beiderseits vom Sulc. longit. post. in den Hintersträngen. Der nächstgrössere Herd misst ca. 1 C. in der Höhe und befindet sich hauptsächlich innerhalb der rechten Pyramidenseitenstrangbahn, reicht an einer Stelle bis in das linke Hinterhorn und andererseits bis in die Seitenstrangbahn hinein.

Der grösste Herd ist rechts belegen, hat eine Höhenausdehnung von ca. 2 C. und nimmt auf dem Querschnitt an der Stelle seiner grössten Breitenausdehnung so gut wie die ganze rechte Querschnittsbreite des R. M. ein, erfasst einen grossen Teil des rechten Hinterhorn und des rechten Hinterstrangs, den grössten Teil des rechten Vorderhorn und der grauen Substanz rechts, sowie des rechten Vorderstrangs und greift sogar ein wenig auf die linken Vorderstränge über. (Demonstration der Präparate). Trotzdem es Ref. nicht gelang die Spuren einer vorangegangenen Blutung zu konstatieren, so glaubt er doch im Hinblick auf den exquisit haemorrhagischen Charakter der Endokarditis, dass es sich in diesem Falle um Haemorrhagieen in die R. M.-substanz gehandelt habe.

Im Anschluss hieran berührt Ref. auch die Differentialdiagnose zwischen Embolie der Niere und renaler Blutung und macht namentlich darauf aufmerksam, dass, sehr wenige Fälle ausgenommen, eine Embolie selbst grosser Nierenarterienzweige — weil es sich ja hierbei um weisse Infarkte handelt — nicht zu einer Haematurie führt. (Senator, Schmidt, Riebold).

(Autoreferat).

Diskussion:

Michelson fragt, ob im weiteren Verlaufe der Krankheit Sensibilitätsstörungen und Störungen des Temperatursinnes beobachtet wurden. Bei der grossen Ausdehnung der Zerstörungen im Rückenmark müssten die erwähnten Störungen vorausgesetzt werden.

Kroug erklärt das Ausbleiben der typischen Degenerationen namentlich in den Pyramidenbahnen für ausserordentlich auffallend. Erklärlich ist dieses Verhalten nur, wenn man annimmt, dass ein Teil der Axenzylinder doch erhalten geblieben ist.

Henking glaubt, dass es doch Analogien zu diesem eigentümlichen Verhalten gäbe. So sähe man häufig schwere Störungen von Seiten des Rückenmarks bei Kompressionsmyelitis durch Spondylitis prompt bei geeigneter Behandlung zurückgehen und könne bei Sektionen später kaum Veränderungen nachweisen, während man bei auf der Höhe des Leidens Gestorbenen schwere anatomische Störungen konstatieren könne. Auch hier müsse man annehmen, dass die Axenzylinder nicht zerstört, sondern nur komprimiert waren.

Kroug: Die Analogie lässt sich nicht durchführen insofern als die Art der Schädlichkeit eine wesentliche Rolle spielt. Das Rückenmark ist bekanntlich sehr tolerant gegen chronische Kompression, bei Blutung ins Rückenmark ist es dagegen schwer das Erhaltenbleiben der Axenzylinder zu erklären.

Westphalen: Das Fehlen der absteigenden Degenerationen steht in dem referierten Falle fest. Ob Axenzylinder funktionsfähig geblieben sind oder nicht, ist schwer zu entscheiden. Mikroskopisch waren sie in den Präparaten nicht nachweisbar, (Markscheidenfärbung) weil dieselben nach Weigert gefärbt waren.

Ucke meint, dass es sich im referierten Falle doch vielleicht um Embolien und nicht um Blutungen gehandelt haben könnte. Alsdann wäre ein teilweises Erhaltenbleiben der Axenzylinder eher erklärlich.

Kroug und Westphalen betonen dem gegenüber die grosse Seltenheit der kleinen Embolien im Rückenmark.

Kroug findet bei näherer Durchsicht der Präparate keinen einzigen zentralen Herd; dieselben sind vielmehr ausnahmslos peripher. Infolge dessen neigt er der Ansicht zu, dass es sich nicht um Blutungen, sondern um multiple Thromben und Erweichungsherde auf septischer Basis handeln müsse. Damit ist der Mangel der absteigenden Degenerationen am besten erklärt. Auch die Gestalt der Degenerationsherde spricht für Thrombose.

Westphalen: Die Annahme einer Thrombose erklärt tatsächlich das anatomische Bild am besten. Dafür sprechen insbesondere die Ausbreitung der Herde und die Veränderungen an den Gefässen des Rückenmarks, die entschieden pathologisch waren, sowie das Fehlen von hämorrhagischem Pigment.

Direktor: W. Kernig.
Sekretär: Wold. Fick

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der Leibmedikus Dr. Leo Berthenson wird als Delegierter des russischen Medizinalrates an der im September d. J. im Haag stattfindenden V. internationalen Tuberkulose-Konferenz teilnehmen.

— Dem Leibmedikus Dr. Sander ist der St. Wladimirorden III. Klasse Allerhöchst verliehen worden.

— Der Gehülfe des Militär-Medizinalinspektors des turkestanschen Militärbezirks Dr. Lebedew ist mit Uniform und Pension verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum Geheimrat. Zu seinem Nachfolger ist der bisherige Vorsitzende der Empfangskommission an der Fabrik militär-medizinischer Präparate Dr. Wsorow ernannt worden.

— Zum Korpsarzt des 22. Armeekorps ist der Abteilungschef der Ober-Militär-Medizinalverwaltung Dr. Sawizki ernannt worden. An seine Stelle als Abteilungschef tritt der bisherige Tischvorsteher der genannten Medizinalverwaltung Dr. Krushkow.

— Der ältere Ordinator des St. Petersburger Nikolai-Militärhospitals, Leibpädiater Dr. Korowin, ist mit Uniform und Pension verabschiedet worden.

— Der Professor ord. der chirurgischen Pathologie an der Moskauer Universität Dr. Spisharny ist auf den Lehrstuhl der chirurgischen Fakultätsklinik an derselben Universität übergeführt worden.

— Der jüngere Arzt des Wolga-Infanterieregiments Dr. Narbut ist zum klinischen Professor an dem Petersburger Nikolai-Militärhospital ernannt worden.

— Der Berliner Arzt Dr. Karl Bolle beging am 11. Juli n. St. sein 60-jähriges Jubiläum als Doktor med. der Berliner Universität. Der Jubilar ist gegenwärtig 84 Jahre alt.

— Dem bekannten Pariser Chirurgen Professor Dr. Pozzi wurde am 8. Juli n. St. anlässlich seiner 20-jährigen Tätigkeit am Broca-Hospital in Paris von seinen Schülern und Kollegen eine goldene Medaille überreicht.

— Für den vakanten Oberarztposten am Charkowschen Gouvernements-Landschaftshospital haben sich, der örtlichen Zeitung zufolge, nicht weniger als 5 Bewerber gemeldet, nämlich die Aerzte A. A. Gowshejew, M. W. Ignatjew, E. R. Klevesahl, A. D. Kozowski und P. P. Tutyschkin. Von den genannten fünf Kandidaten ist nur der Letztgenannte bereits als Ordinator an dem obigen Landschaftshospital tätig, die übrigen sind ausserhalb Charkow lebende Aerzte.

Nekrologe:

— Verstorben: 1) In St. Petersburg der frühere Gehülfe des Chefs der Ober-Militär-Medizinalverwaltung Dr. Alexei Beljajew im 73. Lebensjahre. Der Hingeschiedene, welcher seit 1859 als Arzt tätig war, fungierte bis zu seinem Lebensende auch als beständiges Mitglied des «Wojenno-Medizinski Journal». 2) In St. Petersburg Dr. Nikolai Sarkewitsch, älterer Arzt des Leibgarde-Atamanregiments hierselbst, im Alter von 51 Jahren. Die Venia practicandi hatte der Verstorbene im Jahre 1882 erlangt. 3) Am 23. Juni zu Kiew der Ordinator am örtlichen jüdischen Krankenhause W. Perlis im 58. Lebensjahre nach mehr als 30-jähriger ärztlicher Tätigkeit.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— In den vom Professorenkonseil des St. Petersburger weiblichen med. Instituts ausgearbeiteten «Statuten des St. Petersburger medizinischen Instituts» sind, wie wir einem längeren Auszuge aus denselben im «R. Wratsch» entnehmen, für das neue Institut, das den medizinischen Fakultäten der Universitäten gleichgestellt werden soll, 36 Professuren, 6 Dozenturen und 2 Lektoren für Sprachen in Aussicht genommen. Der Konseil des Instituts wird aus sämtlichen Professoren und Dozenten bestehen. Den Dozenten ist in allen Beratungen des Konseils Stimmberechtigung eingeräumt, mit Ausnahme der Wahl der Professoren und Dozenten. Vom Konseil werden folgende Dokumente ausgestellt: 1) Den Studenten und freien Zuhörern ein Zeugnis darüber, dass sie die Vorlesungen dieses oder jenes Kursus gehört und an den praktischen Beschäftigungen teilgenommen haben; 2) Den Personen, welche das Examen in allen Fächern einer der vom Konseil festgesetzten Gruppen bestehen — ein Fakultätszeugnis. Personen mit einem solchen Zeugnis werden Aerzte genannt, 3) Diplome über den Grad eines Kandidaten der Medizin. Der Kandidatengrad wird nur Personen, die ein Fakultätszeugnis erhalten haben, nach Verteidigung einer Dissertation in geschlossener Sitzung des Konseils verliehen. Lehrer sowohl wie auch Studenten und freie Zuhörer des Instituts können Personen ohne Unterschied des Geschlechts, der Nationalität und Konfession werden. Es wird nach diesem Statutenentwurf das neue med. Institut somit nicht mehr ein speziell weibliches med. Institut bleiben.

— Der Privatdozent der Berliner Universität Dr. Wilhelm Seiffer ist zum ausserordentlichen Professor der Nervenheilkunde ernannt worden. Seiffer, der durch zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten, besonders aber durch seinen «Atlas und Grundriss der allg. Diagnostik und Therapie der Nervenkrankheiten» (Verlag von Lehmann-München) bekannt geworden ist, leitete bis vor

2 Jahren die Universitäts-Poliklinik der Charité und bekleidet gegenwärtig das Amt eines Oberarztes an der Ziehenschen Klinik.

— Wie der hiesigen Zeitung «Rjetsch» aus Wien mitgeteilt wird, hat die Universität Lemberg beschlossen, Personen, welche das Reifezeugnis in den mittleren Lehranstalten von Warschau, Kielce, Lublin, Radom, Suwalki, Wlozlawsk und Zgierz erhalten haben, als freie Zuhörer der Lemberger Universität zuzulassen. (R. Wr.)

— Vertretung der militär-medizinischen Akademie im Reichsrat. Während die Akademie der Wissenschaften und alle neun Universitäten Russlands ihre Vertreter in den Reichsrat wählen durften, war dieses Recht der militär-med. Akademie nicht zugestanden worden. Infolgedessen hat diese Akademie auf Initiative Prof. Rein's jetzt beschlossen, gehörigen Orts um dieses Recht für die Akademie zu petitionieren. (Her.)

Standesangelegenheiten.

— Eine Petition der Stadtärzte ist der St. Petersburger städtischen Sanitätskommission zugegangen, worin um die Erhöhung der Taxe für ärztliche Visiten zur Nachtzeit von 2 auf 3 Rbl. und bei Mittellosen von 75 Kop. auf einen Rubel angesucht wird. Nach Prüfung der Petition hat die Sanitätskommission gefunden, dass die Forderung einer erhöhten Zahlung für Nachtvisiten zu berücksichtigen wäre. Da dies jedoch eine neue und ziemlich bedeutende Auslage bedeute, so könne sich die Kommission zu einer Zustimmung nicht entschliessen und ziehe es vor, die Angelegenheit der Entscheidung des Stadtverordnetenkollegiums zu unterbreiten. Was aber die Erhöhung der Taxe bei Mittellosen anbelangt, so ist die Kommission entschieden dagegen. (Her.)

— Dem am Institut für Experimental-Medizin angestellten Arzt Andreas Ssulima-Ssamoilo, der vor ca. 5 Monaten als politisch verdächtig gefänglich eingezogen wurde und in ein entferntes nördliches Gouvernement verbannt werden sollte, ist es gestattet worden, ins Ausland überzusiedeln, was er auch, wie der «R. Wr.» erfährt, bereits getan hat.

— Gegen den Petersburger Gouvernements-Medizinalinspektor, Ehrenleibmedikus Dr. Karmilow, hat der frühere Apotheker in Pawlowsk, Provisor Wegener, eine Klage auf Erpressung beim Prokureur des Petersb. Appelhofes anhängig gemacht. Dr. Karmilow soll, seine dienstliche Stellung missbrauchend von Provisor Wegener unter Androhung der Konzessionierung einer zweiten Apotheke in Pawlowsk, verschiedene Summen erpresst haben, und zuguterletzt seine Drohung doch ausgeführt haben. Wie die Tagesblätter berichten, hat die von dem Obermedizinalinspektor Dr. v. Anrep in dieser Angelegenheit gebildete Untersuchungskommission in hohem Grade kompromittierende Vorkommnisse, die durch eigenhändige Briefe Karmilows bestätigt werden, festgestellt.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Die Verwaltung der Gesellschaft Russischer Aerzte zum Andenken an N. Pirogow hat beschlossen, den fälligen X. Pirogow-Kongress zu Anfang Januar des nächsten Jahres einzuberufen.

— Der II. internationale Kongress für Salubrität und Gesundheitspolizei der Wohnung findet in Genf vom 4.—10. Sept. 1906 statt. Das Ziel der Veranstaltung besteht darin, Aerzte Hygieniker und Architekten aller Länder zu der Aufgabe zu vereinigen, die Gesundheitsbedingungen der Wohnungen zu verbessern und dadurch Gesundheit und Wohlfahrt aller Schichten der Bevölkerung fördern zu helfen. Das Programm des Kongresses und nähere Auskünfte sind durch H. Albert Wuarin, Genf, Rue des Moulins 1, zu erhalten.

— Bei der diesjährigen ärztlichen Studienreise, welche am 2. September in Heidelberg beginnend die Orte Hofen, Schömberg, Wildbad, Teinach, Freudenstadt, Rippoldsau, Peterstal, Badenweiler, Wehr, Schaffhausen, Konstanz, Triburg, Baden-Baden berührt und am 15. September in Stuttgart, wo gleich darauf der Kongress der deutschen Naturforscher und Aerzte beginnt, endet, haben ausser den in den zu besuchenden Orten praktizierenden Aerzten die Herren Prof. Kionka, Prof. von Krehl, Prof. Strauss, Prof. Strassmann, Prof. Romberg, Prof. Kutner, Geheimrat Vierordt Vorträge zugesagt. Der Preis für die 15-tägige Reise ist auf 225 M. inkl. Fahrt, Verpflegung und Quartiere festgesetzt. Da höchstens nur 200 Teilnehmer zugelassen werden, dürfte sich baldige Meldung empfehlen. Anfragen sind zu richten an das Komitee zur Veranstaltung ärztlicher Studienreisen, Berlin NW. Luisenplatz 2-4. (Kaiserin-Friedrich-Haus.)

Verschiedene Mitteilungen.

— Zur Erforschung der Schlafkrankheit, die in den Afrikanischen Kolonien alljährlich eine grosse Menge Eingeborener hinrafft, hat bekanntlich das Deutsche Reich die Koch'sche Expedition ausgerüstet. Neuerdings fangen auch andere Staaten an, ihre Aufmerksamkeit dieser Seuche mehr zuzuwenden. So hat die Regierung des Kongostaates einen internationalen Preis von 200,000 Frcs. ausgesetzt für die Auffindung eines Mittels gegen die Schlafkrankheit und ausserdem zur Erforschung dieser Krankheit 300,000 Frcs. in den Etat gestellt. Zu dem gleichen Zweck hat auch der französische Kolonialminister gemeinsam mit der geographischen Gesellschaft 200,000 Frcs. bereit gestellt. Es soll ferner in Brazzaville ein bakteriologisches Laboratorium mit einem Hospital zum Studium der Krankheit errichtet werden.

— Eine neue Methode der Lepraheilung soll, der «Schles. Ztg» zufolge, von Dr. Deycke Pascha, dem deutschen Reorganisator des medizinischen Studiums in der Türkei, der zugleich Bakteriologe von Fach ist, gefunden sein. Während der letzten Anwesenheit Prof. v. Bergmanns in Konstantinopel hat Dr. Deycke Pascha ihm im Hospital von Gülhaneh Leprakranke vorgestellt, die mit dem von ihm erfundenen Heilmittel geheilt worden waren. Die Leprabazillen sollen sich nämlich bisher aus dem Grunde gegen jeden Angriff gefeit erwiesen haben, weil sie von einer Fettschicht umgeben sind. Das Deycke'sche Mittel ist nun imstande, diese Schicht zu zerstören und den Bazillus selbst, falls die Krankheit noch nicht zu weit vorgeschritten ist, zu tödten.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 24. Juni d. J. 10585 (169 wen. als in der Vorwoche), darunter 964 Typhus — (16 wen.), 993 Syphilis — (33 wen.), 363 Scharlach — (14 wen.), 160 Diphtherie — (17 wen.), 122 Masern — (9 mehr), und 27 Pockenkranke — (3 wen. als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 18. bis zum 24. Juni d. J. im ganzen 887 (469 M., 418 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 47, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 37, Scharlach 15, Diphtherie 16, Croup 0, Keuchhusten 8, Croupöse Lungenentzündung 22, Erysipelas 6, Grippe 3, Katarrhalische Lungenentzündung 91, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberkulose der Lungen 83, Tuberkulose anderer Organe 18, Alkoholismus und Dilirium tremens 13, Lebensschwäche und Atrophia infantum 57, Marasmus senilis 28, Krankheiten des Verdauungskanals 214, Totgeborene 43.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersb., Petb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 29 St. Petersburg, den 22. Juli (4. August). **1906.**

XVIII. livländischer Aerztetag.

— Anmeldungen von Vorträgen für den vom 20. bis zum 22. August c. in Wolmar tagenden livländischen Aerztetag können nur noch bis zum 20. Juli berücksichtigt werden.

Dr. C. Ströhmberg
Präses der Gesellsch. livl. Aerzte.

Dorpat. Carlowa Str. 6.

Zur Frage der Regeneration des Blutes.

(Aus der medizinischen Klinik zu Dorpat).

Von

Dr. Walter Hollmann — Werro.

Durch meine Versuche habe ich beitragen wollen zur Beantwortung zweier Fragen.

1. Erfolgt die Regeneration der roten Blutkörperchen tatsächlich im roten Knochenmark?

2. Wie gestaltet sich der Werdegang der roten Blutscheibe bis zu ihrem Eintritt in die Blutbahn?

Bei der Anlage der Versuche ging ich von der Annahme aus, dass ein primär das Blut durch Zerstörung der roten Blutkörperchen schädigendes Moment sekundär eine gesteigerte Funktion der blutbereitenden Organe hervorrufen müsste, behufs Wettmachung des gesetzten Verlustes. Ist nun, wie als feststehend allgemein angenommen werden dürfte [Birch-Hirschfeld (2)] das rote Knochenmark tatsächlich die Stätte der Blutneubildung, in diesem Falle speziell die Brut- und Entwicklungsstätte der roten Blutscheiben, so dürfte a priori anzunehmen sein, dass unter dem Einfluss einer Abnahme der O-Träger in der Blutbahn deren Vorstufen im Knochenmark in gesteigerter Menge anzutreffen wären. (Litten, Eisenlohr, Neumann, Laache und Andere).

Eine solche primäre Schädigung des Blutes sind wir imstande durch Einführung gewisser Gifte in den tierischen Organismus herbeizuführen [Tallqvist (17)]. In meinen Versuchen kam anfänglich Pyrogallol in wässriger Lösung in Form von subkutanen Injektionen zur Anwendung, welches jedoch schon bald durch Anilinöl ersetzt wurde, da es durch seine intensiven Gewebsschädigungen, die schon nach relativ geringen Dosen am Orte der Applikation auftraten, geeignet erschien den Verlauf der Beobachtungen zu komplizieren. In einem Falle (Nr. 5) wurde durch fortgesetzte kleinere Blutentziehungen eine akute Anaemie erzeugt.

Mit der Vergiftung, bezw. der Blutentziehung wurde innegehalten, sobald die Zahl der roten Blutkörperchen im zirkulierenden Blute bei der Zählung, die täglich vorgenommen wurde, etwa $^3/_4$ der anfänglichen Norm erreicht hatte.

Sämmtliche Versuche wurden an ausgewachsenen Kaninchen vorgenommen, die bei reichlichem Futter im Laboratorium der medizinischen Klinik gehalten wurden. Die Blutentnahme zum Zweck der Untersuchung erfolgte in der üblichen Weise aus der Ohrvene; das Knochenmark wurde aus unter Aethernarkose resezierten Rippenstückchen, im Falle 1 dreimal resezierten Stücken der Schulterblätter gewonnen. Der durch die Operation gesetzte Blutverlust war so gering, dass er als Fehlerquelle nicht in Betracht kommen dürfte.

Die Beobachtungen wurden stets zur gleichen Tageszeit, vormittags, vorgenommen.

Die Blutuntersuchung umfasste die Zählung der roten Blutkörperchen (Zählkammer Thoma-Zeiss) und die Bestimmung des Haemoglobingehaltes im Gesamtblut (Hämometer Gowers-Sahli).

Die Knochenmarkstrockenpräparate wurden nach der Ehrlich-Rubinstein'schen Methode angefertigt und mit Ehrlichs Triacidlösung gefärbt. In denselben wurden die nicht granulierten einkernigen, sowie die granulierten Zellen und die farbigen roten Blutscheiben in gesonder-

ten Gruppen gezählt, bei jedesmaliger Zählung in Summa nicht weniger als 1000 Elemente, und das prozentuale Verhältnis der einzelnen Gruppen zu einander bestimmt.

Das mittlere Ergebnis mehrerer Bestimmungen wurde in die weiter unten folgenden Tabellen eingetragen, in welchen, behufs bequemerer Orientierung auch die Werte der roten Blutkörperchen im zirkulierenden Blute, in Prozenten ihrer Anfangsnorm ausgedrückt, verzeichnet wurden.

Protokolle der Versuche.

E = Erythrocyten in 1 mm^3; Hb = Haemoglobin; Gd = Giftdosis; Gw = Gewicht d. Tieres. Operation = Rippenresektion (resp. Resektion des Schulterblattes) behufs Gewinnung der Ausstrichpräparate des Knochenmarkes.

№ 1.

1906	E.	Hb.	Gd.	Gew.	Bemerkungen.
2. II	6451560	63	0.01*)	1760.0	*) Pyrogallol.-Operation.
3. »	6332812	65	0.01		
4. »	6512500	68	0.02		
5. »	6185937	68	0.02		
7. »	6043750	60	0.025	1750.0	
8. »	6087500	61	0.05		
9. »	5550000	62	0.075		
10. »	5756250	61	0.1		
11. »	5481250	60	0.2		
12. »	5343750	59	0.4		
13. »	5406250	58	0.4		
14. »	5289937	61	0 6	—	Operation.
15. »	5759375	56	0		
16. »	5359375	56	0		
17. »	5742187	56	2.0*)	—	*) Anilinoel.
18. »	5571875	60	0	—	Temp. — 37.5.
19. »	4850000	49	0	1865.0	Temp. — 39.0.
21. »	3159375	36	0	—	Temp. — 39 0.
22. »	3256250	36	0	—	Temp. — 38.7.
23. »	3343750	36	0	--	Temp. — 39.0.
24. »	3318750	43	0	1800.0	Operation.
25. »	3482812	47	0		
26. »	3670313	50	0		
27. »	4057812	57	0		
28. »	4012500	61	0	—	Operation.
1. III.	4301562	63	0		
2. »	4403125	63	0		
3 »	5109375	67	0		
4. »	6098437	70	0		
5. »	6785937	65	0		

№ 2.

1905	E.	Hb.	Gd.	Gew.	Bemerkungen.
10. II.	6720400	70	0.025*)	1590.0	*) Anilinöl.-Operation.
11. »	6423437	68	0.05		
12. »	5893750	63	0.1		
13. »	5775000	56	0		
15. »	5914062	62	0.5		
16. »	5370312	58	1 0		
17. »	5798437	62	3.0		
18. »	exitus	—	—	—	Resectio costae.

№ 3.

1905	E.	Hb.	Gd.	Gew.	Bemerkungen.
28. II.	7178125	74	—	1830.0	
1. III.	7262500	73	1.0*)	—	*) Anilinöl.-Operation.
2. »	5323437	63	1.0		
3. »	4192187	50	0		
4. »	1664062	16	0		Exitus 8h Abends.

Die prozentischen Verhältnisszahlen der roten Blutkörperchen so wie der Erythrocyten, Leukocyten und lymphoiden Zellen des Knochenmarkes sind aus den nachfolgenden Kurven ersichtlich.

Die Sektion des an den Erscheinungen des O-Hungers eingegangenen Tieres ergab folgendes: Anaemie der inneren Organe; die Nieren zeigen auf dem Durchschnitt eine sehr deutliche Abgrenzung zwischen Rinden- und Marksubstanz, erstere ist lebhaft livid-rot, letztere in der linken Niere blass, in der rechten gerötet; aus den Pyramiden der rechten Niere lässt sich eine blutig tingierte Flüssigkeit herausdrücken. Die Blase enthält ca. 20 ccm. trüben rot-braunen Urin, welcher mikroskopisch nicht sehr zahlreiche rote Blutkörperchen, grosse Mengen von geraden und gewundenen granulierten Zylindern enthält. Die Milz zeigt eine schlaffe Kapsel und weiche Konsistenz. Mikroskopisch sind in derselben einige wenige kernhaltige rote Blutkörperchen nachzuweisen. Das Fettmark in den Röhrenknochen ist unverändert.

Sektionsbefund: die Milz ist nicht vergrössert, enthält mikroskopisch eine geringe Anzahl kernhaltiger roter Blutkörperchen, deren gleichzeitiger Menge in der Blutbahn entsprechend; Nieren — blass. Das Knochenmark der Rippen, des Sternums, des Femur in seiner ganzen Ausdehnung sowie der Epiphys. proxim. und der proximalen 3/4 der Tibia ist dunkelrot, weich, überquellend, enthält keine Spur von Fett, auch nicht mikroskopisch nachweisbar. Das Tier war an den Folgen der Operation eingegangen.

I.

Die Histologie des roten Knochenmarkes der Kaninchen darf ich wohl, die einzelnen Zellelemente betreffend, als bekannt voraussetzen. Wohl alle Autoren geben überein-

№ 4.

1905	E.	Hb.	Gd.	Gew.	Bemerkungen.
3. III.	6735938	68	—	1730.0	
5. »	6814063	70	0.5*)	—	*) Anilinoel.-Operation.
6. »	5815625	71	0		
7. »	5565625	63	0		
8. »	4142187	58	0		
9. »	4498437	53	0.5	—	Operation.
10. »	4273437	50	0		
11. »	3765625	46	0		
12. »	3248437	44	0		
13. »	2942187	45	0		
14. »	3317187	46	0	—	Operation.
15. »	3078125	45	0		
16 »	3887500	51	0		
17. »	4228125	56	0		
18. »	4200000	55	0		
19. »	4370312	56	0	—	Operation.
22. »	4482812	57	—		
24. »	4181250	—	0		
9. IV.	5735937	63	0		
11. »	6154687	67	0	—	Operation.
20. »	6125000	62	0	1800.0	Operation.

№ 5 *).

1905	E.	Hb.	Ccm.*)	Gew.	Bemerkungen.
30. III.	6262500	74	—	1950.0	*) Blutentziehung.-Operation.
31. »	6820312	7[illegible]	13	1830.0	
1. IV.	5873437	72	14	—	
2. »	4523437	63	17	1750.0	
3. »	4418750	58	—	—	
6. »	3756250	45	—	1745.0	
7. »	4501562	54	9	—	
8. »	3639062	38	10	1637.0	
9. »	3490625	38	—	—	
11. »	3362500	41	—	—	
12. »	4914062	51	5	—	
13. »	4773437	50	—	—	Operation.-exitus.

*) Dasselbe Tier wie Nr. 1.

stimmende Darstellungen, weichen jedoch in der Nomenclatur nicht unerheblich von einander ab: ganz besonders, gilt dieses in Bezug auf die einzelligen nicht granulierten Elemente. In neuester Zeit stehen sich hier namentlich Rubinstein und Pappenheim gegenüber. Ersterer (15) bezeichnet die einkernigen ungranulierten Knochenmarkselemente als «lymphoide Zellen» letzterer (13) — als «Lymphocyten». In Anbetracht der bisher noch nicht endgültig geklärten Ursprungsstelle der im Blute schwimmenden Lymphocyten und ihrer beständigen und vollkommenen Abwesenheit im Knochenmark will ich in meinen Ausführungen mich an die Rubinstein'sche Bezeichnung halten: diese scheint mir insofern eine glücklichere, als dass sie irgend welche Missverständnisse von vornherein nicht aufkommen lässt. Eben diese «lymphoide» Zelle halte ich auf Grund meiner Versuche für die Vorläufer der roten Blutscheiben — übereinstimmend mit Rubinsten (15) und Pappenheim (13) — muss jedoch in der Reihenfolge der einzelnen Entwicklungsstufen eine abweichende Erklärung abgeben (darüber weiter unten).

Wie aus den Tabellen I und IV ersichtlich, findet während des Sinkens der Erythrocyten-Werte im kreisenden Blute ein mehr-weniger intensives Steigen der Werte der lymphoiden Elemente statt (erste Phase der Regeneration), welches auch noch anhält, nachdem die Erythrozyten-Werte im Blute wieder anzusteigen beginnen (zweite Phase). Ist der Bedarf an O-Trägern in der Blutbahn gestillt, beginnt die Menge der lymphoiden Zellen im Knochenmark allmählich abzunehmen, gleichzeitig steigt aber die Menge der fertigen Erythrocyten im Knochenmark, die zu Beginn der Schädigung als Ersatz für die vernichteten ins zirkulierende Blut hinausgeschleudert wurden. Das Sinken der Werte der lymphoiden Elementen im Knochenmark schreitet fort, — auch während der Erythrocytenwert im Blut seine anfängliche Höhe bereits wieder erreicht hat, — bis sie annähernd an ihren Ausgangswert angelangt sind (dritte Phase).

Nr. 2 und 3 zeigen nur die erste der geschilderten Phasen: die Tiere gingen leider vor Abschluss des Versuches zu Grunde.

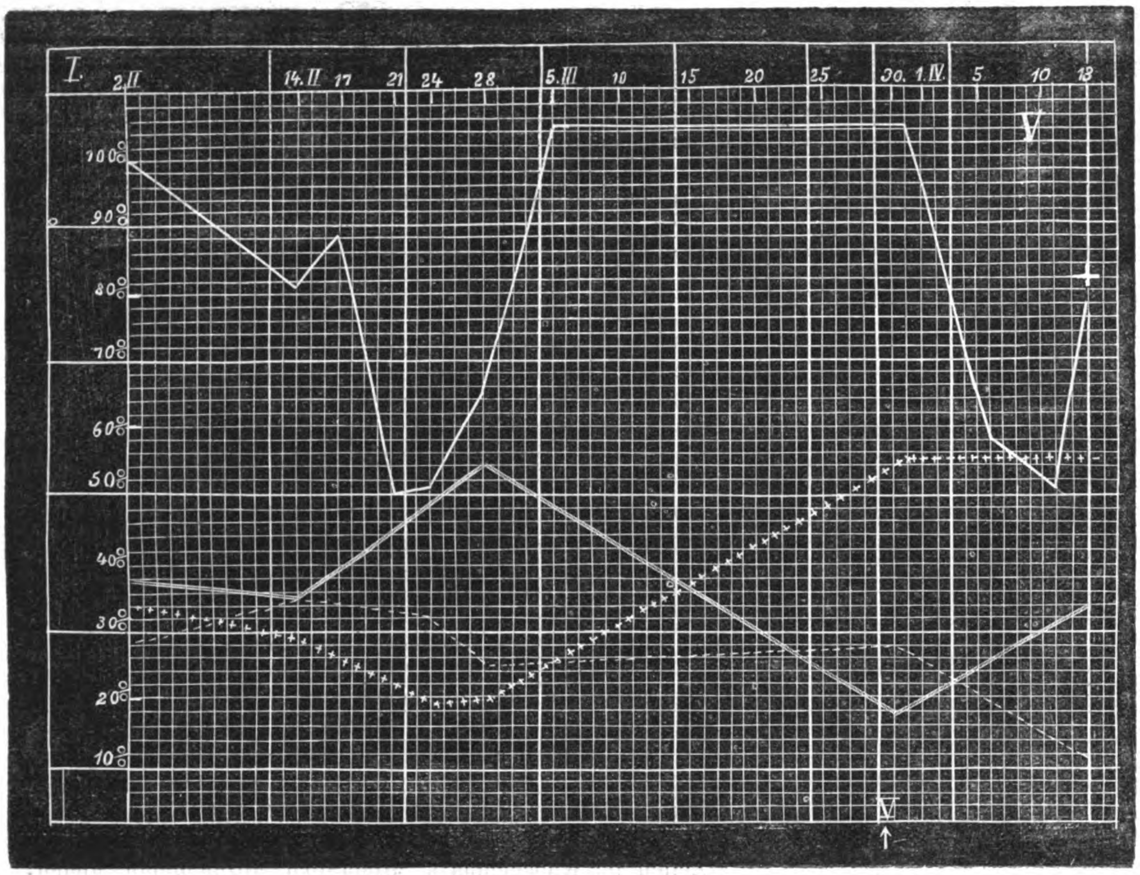
Etwas abweichend gestaltet sich das Bild in Nr. 5, welches die erste und zweite Regenerationsphase veranschaulicht. In diesem Falle trifft das schädigende Moment (Aderlass) das Gesammtblut, nicht wie in den anderen Versuchen, nur die roten Blutkörperchen. Trotzdem findet eine gesteigerte Produktion von lymphoiden Elementen im Knochenmark statt, — während die Erythrocyten im Knochenmark in ihrer Menge sich auf derselben Höhe erhalten.

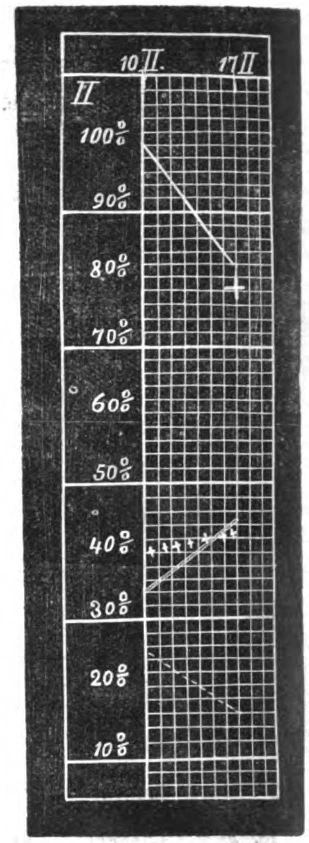
Auf Grund des Verhaltens der in Betracht kommenden Zellarten des Knochenmarks zu einander und zu den roten Blutkörperchen des kreisenden Blutes schliessen wir:

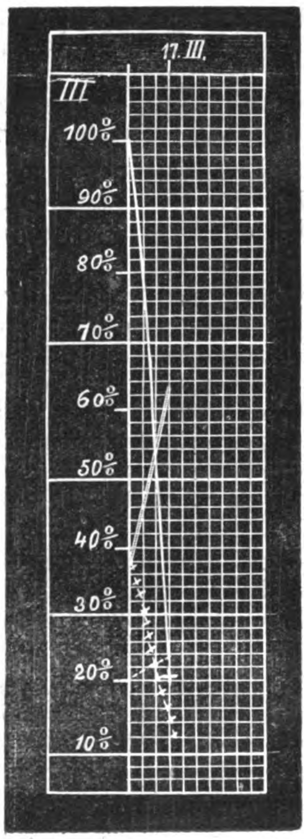
1) Das rote Knochenmark enthält physiologischer Weise einen Reservevorrat an fertigen roten Blutscheiben, die im Bedarfsfalle als erste Aushülfe für zu Grunde gegangene Erythrocyten bei eintretender Schädigung sofort in die Blutbahn abgegeben werden.

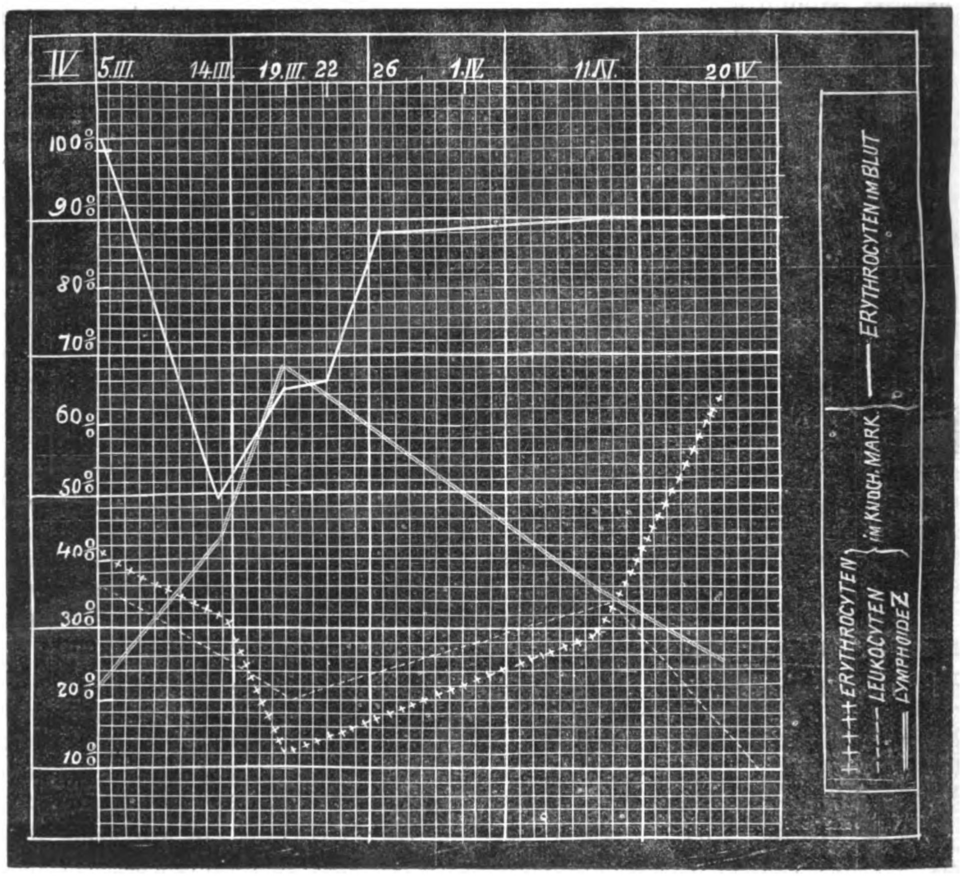
2) Mit dem Moment des Einsetzens einer die roten Blutkörperchen zerstörenden Schädlichkeit beginnt eine gesteigerte Tätigkeit des Knochenmarks; diese äussert sich: a) in einer Mehrproduktion von lymphoiden Zellen und b) in einer beschleunigten Reifung von Erythrocyten.

3) Die Steigerung der Funktion des Knochenmarkes verhält sich direkt proportionel zu der Intensität der Blutschädigung.









4) Zwischen den Zahlenwerten der lymphoiden Elemente einerseits und der Erythrocyten des Knochenmarkes andererseits besteht ein konstantes antagonistisches Zahlenverhältniss. Hieraus lässt sich schliessen, dass

5) Die lymphoide Zelle der Vorläufer der roten Blutscheibe im Knochenmark ist, und dass dieses somit tatsächlich die Stätte für die Neubildung der Erythrocyten ist.

II.

Die bisher geübten Methoden der Knochenmarksforschung geben uns nicht die Möglichkeit die einzelnen Elemente desselben mit eben der annähernden Genauigkeit in absoluten Zahlenwerten zu bestimmen, wie das beim Blute der Fall ist; wir sind auf ralative Schätzungswerte angewiesen, umsomehr, als die einkernigen nicht granulierten Knochenmarkszellen zu feine Unterschiede in ihren morphologischen Strukturverhältnissen zeigen, als dass sie in streng von einander geschiedene Gruppen eingestellt werden könnten.

Von diesen Gesichtspunkten ausgehend, habe ich davon Abstand genommen, nach dem Beispiele Rubinsteins (15) die lymphoiden Zellen in „kleine", „mittelgrosse" und „grosse" zu scheiden, einzeln zu zählen und die durch die Zählung gewonnenen Werte als solche miteinander zu vergleichen. Zweckentsprechender erschien mir bei der Durchmusterung der Knochenmarkspräparate aus den verschiedenen Phasen der Regeneration, ohne eine künstliche Zergliederung, vergleichend vorzugehen.

Hiernach bin ich geneigt, mir den Entwicklungsgang der roten Blutkörperchen wie folgt zu veranschaulichen.

Die Stammzelle (a) der roten Blutscheiben ist etwa so gross wie ein grosser Lymphrocyt oder etwas grösser, von runder, auch leicht ovaler, etwas unregelmässiger Gestalt mit scharfem Kontour. Der konzentrisch gelagerte weiche Kern erfüllt fast die ganze Zelle und hat im Allgemeinen deren Form; er tingiert sich nicht sehr lebhaft blauviolett und lässt keinerlei Struktur erkennen. Der schmale Protoplasmasaum ist blass violett-rot gefärbt. Die ganze Zelle macht einen plumpen, embryonalen Eindruck.

Die Zelle wird kleiner (b), indem Kern und Protoplasma fester werden. Der jetzt runde, regelmässig konturierte Kern färbt sich dunkler-blau und zeigt eine allmählich auftretende Struktur: radiär angeordnete Chromatinbälkchen, welche intensiver gefärbt erscheinen, als die zwischen ihnen gelegenen Lücken; der Protoplasmasaum ist dunkler, neigt in seiner Färbung mehr zum rot in der violettroten Mischung. Die Zelle verkleinert sich mehr und mehr, bis sie etwa die Hälfte ihrer ursprünglichen Grösse — die eines Normocyten (c) — erreicht hat. Der Kern geht eine Teilung wohl durch Mitose ein (Sternfiguren waren bei der Triacidfärbung nicht nachzuweisen, wohl aber zweikernige Zellen, welche oft einen Einschnürungsring des Protoplasmaleibes zeigten).

Jetzt erscheint das fester gewordene Protoplasma breiter und dunkler rosa gefärbt; zwischen den blaugefärbten Chromatinbälkchen des Kernes treten zarte, rotgefärbte Fädchen auf, die als zierliches Netzwerk angeordnet sind (d) [Rubinstein].

Das Protoplasma wird klarer und fängt an, sich an einzelnen Stellen in gelb umzufärben (e). Diese Umfärbung beginnt an der Peripherie der Zelle in Gestalt kleinster Sektoren, die sich allmählich in der Richtung nach dem Kern hin vergrössern, um schliesslich zu konfluieren und dem ganzen Zellleibe einen ockergelben Farbton zu verleihen, der schliesslich bis zu einem gleichmässigen Strohgelb abblasst. In einem gewissen Stadium dieser Umfärbung zeigt die Zelle ein rosa-gelb geschecktes Aussehen (hier scheint eine Zellteilung auch noch möglich zu sein — es liessen sich mehrere zwei Kerne enthaltende Exemplare mit Schnürfurche nachweisen).

Während des eben geschilderten Vorganges tritt das rote Fädchennetzwerk immer deutlicher hervor bis es sich schliesslich auflöst. Der Kern selbst wird dunkler und rückt mehr nach der Periferie der Zelle, das Chromatingerüst verliert seine radiäre Anordnung und erscheint nunmehr in Form kleinster dunkler Kügelchen, die unregelmässig zerstreut im Kerne liegen (f.). Mit dem Verschwinden der letzteren wird der Kern in toto dunkler und schrumpft: er stirbt ab: wir haben den reifen Normoblasten (G.) vor uns, der durch Verlust seines Kernes endlich zum Normozyten (h) wird. Die Präparate aus der Zeit der angestrengtesten Tätigkeit des Knochenmarkes lassen das unter d erwähnte rote Fädchennetzwerk schon bei c erscheinen, während eine deutlich ausgesprochene Kernstruktur zu fehlen scheint. Die Umfärbung in Gelb scheint hier rascher vor sich zu gehen. Dem erwähnten rotgefärbten Fädchennetzwerk bin ich geneigt, eine gewisse Rolle in der Haemoglobinbildung zuzuschreiben, eine Annahme, die allerdings noch einer genauen Nachprüfung bedarf.

Zum Zweck einer bequemeren Orientierung will ich den oben geschilderten Entwicklungsgang der roten Blutscheibe durch eine schematische Zusammenstellung veranschaulichen*).

Grosse lymphoide Zelle (a)
|
Mittelgrosse lymphoide Zelle (b)
|
Kleine lymphoide Zelle (c, d)
|
Junger Normoblast (e, f)
|
Reifer Normoblast (g)
|
Normozyt (h)

Was die Art des Kernverlustes anbetrifft, so nehme ich an, dass dieselbe durch Austritt des pyknotischen Kernes erfolgt. Den Vorgang des Kernaustrittes selbst habe ich nicht beobachten können, wohl aber Bilder, die durchaus geeignet erscheinen, einen solchen glaubhaft zu machen: ein Näherrücken des Kernes zu der Peripherie der Zelle, ein Ueberragen des Randes derselben, ein Wachsen des freien Kernumfanges bis zum völligen Isoliertsein des heilen Kernes, an dem auch nicht eine Spur von Protoplasma anhaftet. Artefakte halte ich für ausgeschlossen in Betracht 1) der stetigen Gleichheit der Bilder und 2) des stets intakten Zellleibes.

Bilder, wie Maximow (8) sie bringt, habe ich nicht nachweisen können, es mag das zum Teil an der von mir geübten Fixationsmethode gelegen haben, die sich von der Maximow'schen darin sehr wesentlich unterscheidet, dass ich bei derselben keine unkontrollierbaren Hitzegrade, wie Maximow das durch Erhitzen seiner Präparate über dem Zylinder einer Petroleum-

---

*) Vergleichend seien angeführt: die genealogische Reihenfolge nach Rubinstein (15):

Kleine Lymphoide Zelle

Erythroblast	Mittelgrosse lymphoide Zelle
|	|
Erythrozyt	Grosse lymphoide Zelle
	|
	Reihe der weissen Blutkörperchen.

und nach Pappenheim:

Grosser Lymphocyt
|
Junger Megaloblast — Aelterer Megaloblast — Makrocyt.
|
Junger Normoblast
|
Alter Normoblast
|
Normocyt.

lampe tat, in Anwendung brachte. Maximow's Abbildungen sind wohl wenig dazu geeignet, den Vorgang der Entkernung der Erythroblasten glaubhaft zu illustrieren: eine gesunde Zelle zeigt — auch nach geeigneter Fixation und Färbung — kaum dermassen ungewöhnliche Formen, wie sie auf Taf. IV, Fig. 5 (f, h, i, k) und Fig. 6 der Maximow'schen Arbeit abgebildet sind. Diese Zellen dürften entweder hochgradig degeneriert sein, oder aber sie sind bei der Herstellung der Präparate arg maltraitiert worden.

Einen intrazellulären Kernschwund (Kölliker und Neumann — Karyorrhexis — Karyolysis; Askanazy, Engel, Lazarus — Kernfragmentierung) habe ich in keinem meiner Präparate nachweisen können. Freie pyctnotische Kerne finden sich im Knochenmark in allen Phasen der Regeneration in grösserer Menge, als vor dem Einsetzen des blutschädigenden Momentes, ihre Zahl bleibt jedoch sehr erheblich hinter den Werten der neugebildeten roten Blutscheiben zurück.

Dieser Befund, im Verein mit dem oben geschilderten gegenseitigen (prozentualen) Verhalten der lymphoiden Zelle zum fertigen roten Blutkörperchen führt mich zu der Annahme, dass bei der im Knochenmark erfolgenden Entkernung der Erythroblasten die in die Zwischensubstanz des Knochenmarkes gelangenden pyknotischen Kerne von derselben verhältnissmässig rasch aufgelöst werden, ein Vorgang, der am Trockenpräparat leider nicht studiert werden kann.

Die Blutbahn schliesse ich als Entkernungsstätte aus, weil hier freie Kerne zu höchst seltenen Befunden zählen und wohl eher in den Bereich des Zufalles gehören.

Trotz des relativ hohen Grades, den die Anaemie bei meinen Tieren erreichte, habe ich weder beim Zustandekommen derselben, noch auch später, während der Regenerationsperiode, in den Trockenpräparaten des Blutes eine grössere Menge von kernhaltigen roten Blutkörperchen konstatieren können. Dieselben traten schon relativ früh nach dem Einsetzen des anaemisierenden Agens in einzelnen Exemplaren auf, imponierten jedoch während der ganzen Dauer der Versuche keineswegs durch ihre Masse, in manchen Präparaten kostete es, im Gegenteil, viel Zeit und Mühe, auch nur ein kernhaltiges rotes Blutkörperchen zu finden. Somit gehören zum Bilde einer Regeneration des Blutes bei akut verlaufenden Anaemieen nicht unbedingt kernhaltige rote Blutkörperchen im kreisenden Blute [vergl. auch Tallquist (17)].

Im Zuströmen kernhaltiger roter Blutkörperchen ins Blut das wichtigste Zeichen einer statthabenden Regeneration (v. Limbeck, Schauman und Rosenqvist) zu erblicken, erscheint mir nicht ohne Weiteres annehmbar; ihr Erscheinen im Blute ist eher ein wichtiges Symptom für die eingetretene Insuffizienz in der regeneratorischen Tätigkeit des Knochenmarkes: das Knochenmark ist plötzlich genötigt seinen Vorrat an fertigen Erythrocyten zu verausgaben, solange nun, bis wieder neuer Vorrat geschafft wird, gehen die unfertigen Zellen als zeitweiliger Ersatz in die Blutbahn über. Ist das Knochenmark primär nicht geschädigt und in seiner Funktion kompensationsfähig, hört auch das Zuströmen von unfertigen Elementen ins Blut allmählich auf.

Zur Vollständigkeit des Bildes einer Regeneration des Blutes gehört nicht allein die Vermehrung der Vorstufen der roten Blutkörperchen, sondern auch noch eine Reifung derselben zu funktionsfähigen Erythrozyten, — letzteres ist allerdings durch eine klinische Blutuntersuchung nicht nachweisbar. Daher will ich bei der diagnostischen Verwertung der bei gewissen Anaemieen im Blute vorhandenen Menge von kernhaltigen roten Blutkörperchen davor warnen, ihre Zahl als „Massstab für ihre Vermehrung" im Knochenmark [Pappenheim (11)] hinzustellen.

Es sei mir gestattet, auch an dieser Stelle meinem früheren Chef und Lehrer, Herrn Prof. Dehio meinen herzlichen Dank für die Anregung zu dieser Arbeit, sowie die Unterstützung bei der Ausführung derselben zum Ausdruck zu bringen.

Literatur*):

1) Askanazy: Ueber einen interessanten Blutbefund bei rapid letal verlauf. pernic. Anaemie. Zeitschr. f. klin. Med. 1893. Bd. 23.

2. Birch-Hirschfeld: Ueber schwere anaemische Zustände, Verhandl. d. XI. Congr. f. innere Med. 1892.

3. Ehrlich und Lazarus: Die Anaemie, in Nothnagel, Spec. Pathol. und Therap. Bd. VIII, 1 Abt. 1898.

4. Eisenlohr: Blut und Knochenmark bei progr. pernic. Anaemie und bei Magenkarzinom. Dtsch. Arch. f. klin. Med. XX, 1877.

5. Engel: Können Malariaplasmodien mit Kernen kernhaltiger roter Blutkörperchen verwechselt werden? Zeitschr. f. klin. Med. 38, 1899.

6. Laache: Die Anaemie, Christiania 1883.

7. v. Limbeck: Grundriss einer klin. Pathol. des Blutes. Jena 1896.

8. A. Maximow: Ueber die Struktur und Entkernung der roten Blutkörperchen etc. Arch. f. Anat. und Physiol. Anatom. Abt. 1899.

9. E. Neumann: Blutregeneration und Blutbildung. Zeitschr. f. klin. Med. III. 1881.

10. Pappenheim: Bemerkungen zu dem Artikel von A. Maximow: Ueber die Struktur etc. Arch. f. Anat. und Physiol. Anat. Abt. 1899.

11. Pappenheim: Ueber Lymphaemie ohne Lymphdrüsenschwellung. Zeitschr. f. klin. Med. 39. 1900.

12. Pappenheim: Beobachtungen über das Verhalten des Knochenmarkes beim Winterschlaf etc. Zeitschr. f. klin. Med. 43, 1901.

13. Pappenheim: Neuere Streitfragen aus dem Gebiet der Hämatologie. Zeitschr. f. klin. Med. 47, 1902.

14. Quincke: Weitere Beobachtungen über pernic. Anaemie. Dtsch. Arch. f. klin. Med. XX. 1877.

15. Rubinstein: Ueber Veränderungen des Knochenmarkes bei Leukozytose.

16. Schaumann u. Rosenqvist: Ueber die Natur der Blutveränderungen im Höhenklima. Zeitschr. f. klin. Med. 35, 1898.

17. Tallqvist: Ueber experimentelle Blutgiftanaemieen. Helsingfors 1900.

*) Ein sehr vollständiges Verzeichnis der gesamten Erythrozytenliteratur bringt Poljakow in seiner «Biologie der Zelle», Arch. f. Anat. und Physiol., Anat. Abt. 1901, Heft I.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Grundriss und Atlas der Ohrenheilkunde. Unter Mitwirkung von Prof. Dr. A. Politzer, herausgegeben von Privatdozent Dr. Gustav Brühl. Zweite, umgearbeitete und erweiterte Auflage. Preis M. 12. München. J. F. Lehmann's Verlag 1905.

Die erste, im Jahre 1901 erschienene Auflage dieses Werkes fand eine sehr günstige Aufnahme von seiten des ärztlichen Publikums und wurde bald darauf in die meisten europäischen Sprachen übersetzt. Es ist eines der wertvollsten aus der grossen Zahl der schönen, von der verdienten Verlagshandlung herausgegebenen Atlantenwerke. Die uns vorliegende, zweite Auflage ist durch zahlreiche neue Abbildungen ergänzt und entsprechend den Fortschritten der Otiatrie gänzlich umgearbeitet. Das Buch zerfällt in 2 Teile: den Text und den eigentlichen Atlas. Ersterer bildet einen Grundriss der Ohrenheilkunde und enthält 163 Abbildungen, die die Anatomie des Ohres und alle bei der Untersuchung und Behandlung desselben gebrauchten Instrumente illustrieren. In kurzer, aber leicht verständlicher und allgemein zugänglicher Form bespricht Verfasser in diesem Teile mit grosser Sachkenntnis und vorzüglichem Lehrtalent alles, was für den Anfänger von Wichtigkeit ist und ermöglicht ihm, sich auf diesem Gebiete vollkommen zu orientieren. Der aus 47 Tafeln bestehende Atlas ist über jedes Lob erhaben. Die zahlreichen farbigen Abbildungen desselben illustrieren die normale und pathologische (makroskopische und mikroskopische) Anatomie des Gehörorgans und die Trommelfellbilder bei den verschiedenen Erkrankungen desselben. Wir erlauben uns deshalb den vorliegenden Atlas auf das Wärmste zu empfehlen.

A. Sacher.

Protokolle
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1344. Sitzung am 13. Februar 1906.

1) Fick berichtet über die von Heile auf Veranlassung von Mikulicz vorgenommenen Untersuchungen über die gebräuchlichsten Antiseptica. Das Ergebnis dieser Untersuchungen bestätigte die klinisch wiederholt konstatierte Tatsache, dass allen antiseptischen Mitteln nur eine geringe Wirkung beizumessen ist. Das bisher als wirksamstes Antiseptikum bekannte Jodoform kann leider wegen seiner Giftigkeit und wegen des üblen Geruchs nicht in so ausgedehntem Masse zur Verwendung kommen, wie es wünschenswert ist. Es sind daher seit Jahren schon Forschungen nach geeigneten Ersatzmitteln des Jodoforms im Gange und ist der Arzneischatz um eine ganze Reihe zum Teil recht brauchbarer Mittel bereichert worden. Indessen fehlte bisher ein wirklich gutes Ersatzmittel des Jodoforms. Ein solches glaubt Heile in dem Isoform (Parajodoanisol) gefunden zu haben. Nach seinen Untersuchungen ist Jsoform ein starkes Antiseptikum, ein stärkeres als alle bisher bekannten und hat dabei den grossen Vorzug ungiftig zu sein.

Fick hat seit dem September vorigen Jahres das Isoform im Deutschen Alexanderhospital in Anwendung gezogen. Die Zeit ist allerdings zu kurz, um ein abschliessendes Urteil über das Mittel fällen zu können, jedoch scheint es allen billigen Ansprüchen gerecht zu werden. Es scheint auf stark eiternden Wunden nicht mehr zu leisten als das Jodoform, bewährt sich aber vorzüglich bei der Behandlung reiner Operationswunden, die nicht durch die Naht geschlossen werden können. Auch zur Tamponade appendizitischer Abszesshöhlen scheint es geeignet zu sein und entfaltete hier besonders seine desodorierende Wirkung.

Das Isoform wird vorwiegend zur Imprägnierung von Marly benutzt in verschieden starker Konzentration, die übrigens bei der Ungiftigkeit des Mittels durch Aufstreuen des reinen Isoformpulvers beliebig gesteigert werden kann.

Das Isoform ist ein Gemisch von gleichen Theilen Parajodoanisol und Calcaria phosphorica und stellt ein weisses in Wasser wenig, in Alcohol undA ether gänzlich unlösliches Pulver dar, welches einen schwachen Anisgeruch verbreitet. Im Kontakt mit Gewebsflüssigkeit findet eine langsame Zersetzung des Isoform statt, wobei Sauerstoff frei wird. Darauf beruht die antiseptische Wirkung des Mittels.

Der grosse Vorzug vor dem Jodoform besteht in der Ungiftigkeit des Isoforms, die an Tierversuchen konstatiert worden ist. Das Mittel verdient entschieden weiteren Prüfungen unterworfen zu werden.

(Autoreferat).

Diskussion:

Wanach betont die Wichtigkeit den antiseptischen Mittel, die man nicht entbehren können. Namentlich könne man in der kriegschirurgischen Praxis nicht ohne dieselben auskommen. Es ist daher zu bedauern, dass z. T. von autoritativer Seite in sehr scharfer Weise verdammende Urteile über alle Antiseptika ausgesprochen worden sind. Dieses hat zu einer einseitigen und falschen Handhabung des aseptischen Verfahrens geführt in Fällen, wo ein antiseptisches Vorgehen zweifellos bessere Resultate erzielt hätte.

Wanach erkundigt sich, ob das Isoform sich auch dem bac. pyocyaneus gegenüber als wirksam erwiesen hat? Es wäre solches ein grosser Vorzug des Mittels, denn alle bisher gebräuchlichen Antiseptica haben sich diesem Mikroorganismus gegenüber als unwirksam herausgestellt.

Germann: In der Ophthalmologie wird das Jodorm vorwiegend in Salbenform angewand und entfaltet trotzdem gelegentlich üble Nebenwirkungen, Hautreizung und Exzeme. Von der Züricher Klinik ist empfohlen worden beim Hypopion nach Staaroperationen Jodoform in die vordere Augenkammer einzuführen, doch hatte G. von dem Verfahren keinen günstigen Eindruck und wendet es jetzt nicht mehr an. Von den Ersatzmitteln des Jodoforms hat sich in der Ophthalmologie das Xeroform am besten bewährt.

Henking hat im Alexanderhospital Gelegenheit gehabt das Isoform anzuwenden und betont die desodorierende Wirkung desselben.

Fick hat nicht Gelegenheit gehabt das Isoform bei Pyocyaneusinfektion anzuwenden; in der bisher noch spärlichen Literatur über Isoform findet sich aber eine kurze Abhandlung von Müller (Hamburg) das eine starke Wirkung des Isoforms auf mit Pyocyaneus infizierten Wunde konstatieren konnte, während alle anderen Mittel im Stich gelassen hatten.

2. Germann berichtet über Verletzungen der Augen durch Hiebe mit der Kosakenpeitsche — der Nagaika.

Vom November 1905 bis Januar 1906 habe ich sieben Augen, fünf Patienten gehörig zu behandeln gehabt. Drei Augen waren einfach zerplatzt, ihr Inhalt zum grösseren Teil vorgefallen und es hinterblieben nur phthisische Stümpfe. Zwei Augen zeigten schwere Kontusion: Sugillationen der Lider, der Augapfel-Bindehaut. Die Pupille weit, nicht rund und reaktionslos, die Kammer tief, und der Augendruck deutlich herabgesetzt.

In dem einen dieser Augen fand sich eine subretinale Blutung. Die Sehschärfe beider Augen auf $^5/_{10}$ resp. $^2/_{10}$ herabgesetzt. Zwei Augen zeigten die Spuren leichterer Kontusion: Sugillationen der Lider, der Bindehaut. Die Sehschärfe = $^7/_{10}$ der normalen. Alle Patienten zeigten Hiebspuren — Sugillationen, Hautverletzungen — auf der Kopfhaut, am Gesicht, an den Händen. Wie mir bekannt geworden sind derartig Verletzte auch in anderen hiesigen Hospitälern relativ häufig behandelt worden. Von meinen Patienten gehörten die drei welche je ein Auge gänzlich verloren, zu den Fabrikarbeitern, die beiden Letzteren denen je ein Auge schwer, das andere leicht kontusioniert worden war gehörten der Intelligenz an. Die Verletzungen wurden nicht erlitten bei Zusammenstössen grösserer Volksmassen mit den Truppen, sondern es waren Angriffe der Kosaken auf Einzelne, während der Patrouillenritte. Durch den angestrengten Wachtdienst erbittert, machen die Kosaken von der gefürchteten Peitsche sofort Gebrauch bei der geringsten Provokation, — wie behauptet wird aber auch ohne ersichtlichen Grund. Dieses behaupteten auch meine Patienten, und erbaten sich ein Zeugniss über die von mir konstatierten Augenverletzungen um die Sache durch die Militärprokuratur zur Untersuchung zu bringen. Wenn ich auch zugeben muss dass die Prognose für beide Augen nicht all zu schlecht ist, so ist dieselbe doch zweifelhaft für die Zukunft. In meinem Gutachten bezeichnete ich die erlittenen Verletzungen als zur Kategorie der schweren gehörig. Bei dem langsamen Gange unserer Rechtsprechung kann es wohl sein, dass zur Zeit der Urteilsfällung die Verhältnisse günstiger liegen, und die Gefahren der ursprünglich schweren Verletzung als beseitigt anerkannt werden. Dem Gefühl der Gerechtigkeit entspricht es aber doch wohl, dass böswillige Verletzungen für das Leben wichtiger Organe strenger bestraft werden, auch wenn die Schädigung nur eine zeitweilige ist ohne bleibende schädigende Folgen.

(Autoreferat.)

Diskussion:

Heuking betont, dass in der Begutachtung der Germann'sche Standpunkt zweifellos richtig sei, der Richter urteilt jedoch nach dem jedesmaligen Endeffekt. Läuft eine an sich schwere Verletzung ohne böse Folgen zu hinterlassen glücklich ab, so wird das Vorgehen auch milde bestraft.

Serck meint die Aufgabe des Arztes bei der Beurteilung der Verletzungen gehe nicht über die Konstatierung und Rubrizierung derselben als leichte oder schwere hinaus.

Direktor: Dr. W. Kernig.
Sekretär: Dr. Wold. Fick.

Berichtigungen.

In Nr. 28, S. 305, Sp. 2 unter den Nekrologen muss es auf der 4. Zeile heissen: fungierte bis zu seinem Lebensende auch als beständiges Mitglied des militär-medizinischen gelehrten Komitees und als Redakteur des «Wojenno-Medizinski Journal».

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Zum Rektor der Universität Giessen für das Studienjahr 1906/7 ist der Professor der pathologischen Anatomie Dr. Eugen Boström gewählt worden. In dieses Jahr fällt bekanntlich die 300-jährige Jubelfeier dieser Hochschule.

— Der Oberarzt des II. Moskauer Kadettenkorps Kaisers Nikolaus I, Dr. Sarkewitsch, ist mit Uniform und Pension verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum wirklichen Staatsrat.

— Zum Chef des Medizinalwesens im Revaler Hafen und Oberarzt der Revaler Flotten-Halbequipage ist der bisherige ältere Arzt des Minen-Lehrgeschwaders der Baltischen Flotte Dr. August Sohrt ernannt worden. — Dr. Sohrt ist ein ehemaliger Jünger der Dorpater Universität, an welcher er 1886 auch die Doktorwürde erlangt hat.

— Der freipraktizierende Arzt in Wesenberg, Dr. Konrad Martinson, ist zum stellvertretenden Kreisarzt daselbst ernannt worden.

— Der stellvertretende Kownosche Gouvernements-Medizinalinspektor Dr. Fechner ist in diesem Amte bestätigt worden.

— Der Gehülfe des Ufaschen Gouvernements-Medizinalinspektors Dr. Fedorowitsch-Weder ist zum ausseretatmässigen älteren Medizinalbeamten in der Verwaltung des Obermedizinalinspektors ernannt worden.

— Der Dejourarzt bei der Direktion der Kaiserlichen Theater in St. Petersburg, Dr. Oskar Schlesinger ist, seiner Bitte gemäss, auf den Posten des Lugaschen Kreisarztes übergeführt worden.

— Professor Dr. Czerny in Heidelberg, der wie wir bereits gemeldet haben, zum Schluss des Sommersemesters sein Lehramt niederlegt, um seine Tätigkeit ausschliesslich dem Institut für experimentelle Krebsforschung zu widmen, wird im Wintersemester 1906/7 ein zweistündiges Kollegium über «Therapie des Krebses» lesen.

— Der Subdirektor der Kaiser-Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen, Generalarzt Dr. Kern in Berlin, ist zum ordentlichen Professor für Staatsarzneikunde ernannt worden.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) In Warschau Dr. Joseph Kotarski im Alter von 45 Jahren. Der Verstorbene, welcher seit 1886 die Praxis ausgeübt hat, war früher in Plozk und dann in Nowominsk als freipraktizierender Arzt tätig. 2) Am 10./23. Juli zu Paris der bekannte Professor der gerichtlichen Medizin an der Pariser medizinischen Fakultät Dr. Paul Brouardel im 70. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war eine der hervorragendsten Persönlichkeiten unter den französischen Medizinern und stand in nahen Beziehungen zu vielen deutschen Aerzten. Namentlich waren es die Bestrebungen zur Bekämpfung der Tuberkulose, welche in den letzten Jahren enge Bande zwischen Brouardel und den gleichgesinnten deutschen Gelehrten knüpften. Der im Jahre 1902 mit dem Sitz in Berlin unter dem Vorsitz von Prof. Brouardel und dem Ministerialdirektor Dr. Althoff (Berlin) begründeten internationalen Vereinigung zur Bekämpfung der Tuberkulose gehören zurzeit bereits 21 Bäder an, deren Delegierte bekanntlich im September d. J. im Haag eine Tuberkulosekonferenz abhalten werden, auf der man nun aber die glänzenden Reden, welche Brouardel auf den Tuberkulose-Kongressen der letzten Jahre zu halten pflegte, vermissen wird. Schon seine erste wissenschaftliche Arbeit, die Doktordissertation. «Ueber die Tuberkulose der weiblichen Geschlechtsorgane», behandelte die Krankheit, deren Bekämpfung er in den letzten Jahren einen grossen Teil seiner Kraft widmete. Die Zahl seiner wissenschaftlichen Arbeiten ist eine ungemein grosse, namentlich auch auf dem Gebiete der Epidemiologie und forensischen Medizin. Anlässlich seines bevorstehenden Rücktritts vom Lehramte hatte die Gesellschaft der Gerichtsärzte noch vor kurzem eine Ehrung dem verdienten Gelehrten zugedacht, nämlich die Darbringung einer Medaille und eines Albums mit den Unterschriften der Teilnehmer, zu welchem Zweck eine Kollekte unter den Aerzten Frankreichs und des Auslandes veranstaltet werden sollte. 3) In Berlin der bekannte Prähistoriker Dr. med. Albert Voss, Direktor der vorgeschichtlichen Abteilung des Museums für Völkerkunde, im Alter von nahezu 70 Jahren. Der Verstorbene war ursprünglich Arzt, bis ihn sein Interesse für Anthropologie und prähistorische Altertumskunde veranlasste, sich ganz diesem Forschungszweige zuzuwenden, in welchem er dann auch Hervorragendes geleistet hat.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Das Ministerium der Volksaufklärung hat, wie der «R. Wr.» erfährt, die Rektoren der Universitäten gewarnt, im bevorstehenden Lehrjahre Aufnahmegesuche von Frauen anzunehmen, da die Aufnahme von Frauen in die Zahl der Studierenden der Universitäten selbst bei der Autonomie der Universitäten ungesetzlich ist und erst nach Entscheidung dieser Frage auf gesetzgebendem Wege stattfinden kann. Den im vorigen Jahre in die Zahl der Studierenden aufgenommenen Frauen sind daher ihre Dokumente zurückzugeben.

— Die Hebräer, welche Gesuche um Aufnahme in die Akademie eingereicht haben, erhielten, dem Wojeny Golos zufolge, vom Chef der Akademie Prof. Dr. Danilewski den Bescheid, dass Personen mosaischer Konfession in die Akademie nicht mehr aufgenommen werden. (Her.)

— Die Staatsexamen in den medizinischen Fakultäten der Universitäten sollen am 1. September beginnen. Die Meldungen zu denselben haben bis zum 29. August zu erfolgen. Zu den Prüfungen auf den Arztgrad sollen nur solche Personen zugelassen werden, die im Jahre 1904 bereits 9 Semester die Vorlesungen gehört hatten.

— Nach dem neuen Universitätsprojekt wird beabsichtigt, die von den Studierenden zum Besten der Universität zu zahlende Steuer von 25 auf 40 Rbl. pro Semester zu erhöhen. Von dieser Zahlung können nur 25 pCt. der Gesamtzahl der Studenten befreit und einer ebenso grossen Anzahl soll es gestattet werden, nur die Hälfte der Zahlung zu leisten.

— Seitens der Verwaltung der Odessaer Universität wird den Studenten der medizinischen Fakultät im I. Semester durch die Tagesblätter zur Kenntniss gebracht, dass sie die von ihnen zu leistende Zah-

lung für das Frühjahrssemester 1906 bis zum 5. August d. J. zu berichtigen haben, widrigenfalls die für sie im Komplekt des Kursus reservierten Plätze als erledigt betrachtet werden.

— Die Zahl der Medizinstudierenden auf den 21 Universitäten des Deutschen Reiches beträgt im laufenden Sommersemester 6683 (gegen 6080 im letzten Winter) bei einer Gesamtzahl von 44,964 immatrikulierten Studierenden, worunter 211 Frauen. Der schon vor einiger Zeit eingesetzte Rückgang im Studium der Medizin scheint demnach jetzt nicht weiter anzuhalten. Die höchste Zahl der Medizinstudierenden hatte das Jahr 1890, nämlich 8986; seit dieser Zeit nahm die Zahl derselben bis zum vorigen Jahre stets ab. Die grösste Zahl der Mediziner studiert in Berlin, dann folgen München, Leipzig, Würzburg, Freiburg u. s. w.

Standesangelegenheiten.

— Im hiesigen städtischen Alafusow-Hospital sind, wie die Tagesblätter melden, wieder Unordnungen vorgekommen. Am 5. Juli haben niedere Angestellte des Hospitals einen der jüngeren Ordinatoren auf einem Schiebkarren gewaltsam aus dem Hospital geführt. Wie verlautet, hat der Kurator des Hospitals infolgedessen sein Amt niedergelegt.

— Einer Meldung der Russ. Telegraphenagentur zufolge, sind der Arzt des Moskauer Militärhospitals Delaroche, sowie zwei Feldscher für Abfassung der Statuten des Militärfeldscherverbandes dem Kriegsgerichte übergeben. Der Erstgenannte soll ausserdem per Telephon den Chef des Militärhospitals, General Ssidelnikow mit dem Tode bedroht haben.

— Die Kiewer medizinische Fakultät hat beschlossen Fortbildungskurse für Aerzte einzurichten. Die Kurse sollen alljährlich vom 1. Dezember bis zum 15. Januar von den Professoren und Dozenten der Fakultät abgehalten werden. Die Zahlung beträgt für ein einstündiges Kollegium pro Woche 1 Rbl., wovon 75 pCt. zum Besten des Lektors und 25 pCt. zur Deckung der Unkosten bei den praktischen Beschäftigungen und der Kanzleikosten verwandt werden.

— Vom Kiewschen Gouvernements-Landschaftsamte ist ein Konkurs zur Besetzung des Postens eines Gehülfen des Chefs des Landschafts-Sanitätsbureaus ausgeschrieben worden. Bevorzugt wird ein Arzt, der praktisch mit der Führung der Sanitätsstatistik vertraut ist. Das Gehalt beträgt 1500 R. jährlich. Reflektanten haben sich unter Beifügung eines Curriculum vitae und ihrer gedruckten Arbeiten bis zum 1. August beim Kiewschen Gouvernements-Landschaftsamt zu melden.

— Professor Dr. Anton Freiherr von Eiselsberg, Direktor der I. chirurgischen Klinik an der Wiener Universität hat sich vor einigen Tagen im Sanatorium des Dr. Fürth in Wien einer Blinddarmoperation unterzogen. Wie aus Wien berichtet wird, hat Prof. v. Eiselsberg schon seit längerer Zeit Beschwerden gehabt, die sich in der letzten Nacht so gesteigert hatten, dass er sich kurzer Hand zur Operation entschloss. Ohne aber auf sein eigenes Leiden Rücksicht zu nehmen, hat er noch 2 grössere Operationen, die für den Vormittag im Sanatorium Fürth angesagt waren, ausgeführt und sich erst dann zur Operation hingelegt, die sein Assistent Dr. Egon Ranzi auf seinen Wunsch gleich darauf an ihm vornahm. Wie verlautet ist die Operation glatt verlaufen.

Verschiedene Mitteilungen.

— In Charbin wird von der örtlichen Gesellschaft des Roten Kreuzes eine Gemeinschaft barmherziger Schwestern gegründet und mit dieser in Verbindung ein Krankenhaus und Ambulatorium eröffnet werden. Es wird dadurch einem fühlbaren Mangel abgeholfen werden, da das städtische Krankenhaus wegen Mangels an Mitteln ganz unzureichend ist.

— Eine Liga für die senkrechte Schrift. In Frankreich hat sich unter diesem Namen eine Gesellschaft gebildet, die die wichtigste Ursache für die Erscheinung der Rückgratverkrümmung und Kurzsichtigkeit bei schulpflichtigen Kindern in dem Gebrauch der schrägen Schrift erblickt. Als Motto stellt die Gesellschaft ihren Bestrebungen das Wort der George Sand voran. «Aufrechte Schrift — aufrechter Körper». In der Tat erscheint ein energisches Vorgehen gegen die zunehmende Kurzsichtigkeit dringend geboten. Besonders die höheren Lehranstalten und die Universitäten sind von ihr bedroht. In Paris z. B. waren an den Gymnasien 20 pCt. der Schüler, an den Hochschulen sogar 59 pCt. aller Hörer kurzsichtig. In anderen Ländern wird es wohl ähnlich sein. Es wäre daher ernstlich zu erwägen, ob nicht dadurch, dass die Schüler an eine aufrechte Handschrift gewöhnt werden, dem Uebel wirksam gesteuert werden könnte.

Bf.

Am 1. Juli d. J. betrug die Zahl der Kranken 10575 (10 wen. als in der Vorwoche.), darunter 957 Typhus — (7 wen.), 892 Syphilis — (101 wen.), 347 Scharlach — (16 wen.), 160 Diphtherie — (0 mehr), 109 Masern — (13 wen.) und 26 Pockenkranke (1 wen. als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 25. Juni bis 1. Juli d. J. im ganzen 950 (506 M., 444 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 56, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 42, Scharlach 34, Diphtherie 28, Croup 0, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 25, Erysipelas 4, Grippe 9, Katarrhalische Lungenentzündung 105, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 63, Tuberculose anderer Organe 13, Alkoholismus und Delirium tremens 12, Lebensschwäche und Atrophia infantum 56, Marasmus senilis 23, Krankheiten der Verdauungsorgane 230, Totgeborene 40.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 8. Juli d. J. 10568 (7 wen. als in der Vorwoche), darunter 1000 Typhus — (43 mehr), 927 Syphilis — (35 mehr), 338 Scharlach — (9 wen.), 176 Diphtherie — (16 mehr), 96 Masern — (13 wen.), und 32 Pockenkranke — (5 mehr als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 2. bis zum 8. Juli d. J. im ganzen 850 (489 M., 361 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 40, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 35, Scharlach 24, Diphtherie 24, Croup 0, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 15, Erysipelas 2, Grippe 4, Katarrhalische Lungenentzündung 93, Ruhr 5, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberkulose der Lungen 73, Tuberkulose anderer Organe 15, Alkoholismus und Dilirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 41, Marasmus senilis 38, Krankheiten des Verdauungskanals 160, Totgeborene 35.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat — **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **R. Wanach** in St. Petersb., Petb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 30 St. Petersburg, den 29. Juli (11. August). **1906.**

Myxosarkoma digiti II. manus dextr.

Beitrag zur Kasuistik der Fingergeschwülste.

Von

Viktor Schröppe — Wesenberg.

Aus der chirurg. Univ.-Hospitalklinik zu Tomsk. Direktor Prof. Tichow.

Geschwülste an den Fingern der Hand sind keine Seltenheit, dennoch, glaube ich, ist nachfolgender Fall nicht ohne Interesse, da bösartige Fingergeschwülste doch nicht allzu häufig beobachtet worden zu sein scheinen. So finden sich z. B. in Gurlts[1]) bekannter Statistik von über 16,600 Geschwulstfällen nur 13 Sarkome — „an Hand und Finger"; bei Rapok[2]) findet sich unter 669 Fällen ein einziger maligner Tumor an den Fingern der Hand.

Der Fall, den ich in der chirurg. Universitäts-Hospitalklinik zu Tomsk zu beobachten Gelegenheit hatte, war folgender: cf. Abbild.



[1]) Gurlt, Langenbeck's Archiv Bd. 35.
[2]) Rapok, Deutsche Ztschr. f. Chir. Bd. 30.

K. U. Landarbeiter, 30 a. n. leidet seit ca. 3 Jahren an einer Geschwulst des 2. Fingers der rechten Hand, die sich im 2. Phalangealgelenk allmälig bildete, anfangs langsam wuchs, seit einigen Monaten aber sich schnell vergrösserte und geschwürig wurde. Ueber eine Verletzung, die der Geschwulst-Bildung voranging resp. der Geschwulst selbst vor ihrem geschwürigen Zerfall, weiss Patient nichts anzugeben. Infolge der Schwere der Neubildung konnte Patient seine Hand nicht mehr gebrauchen und sah sich gezwungen, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

St. pr. Gesunder, kräftiger, etwas bleich aussehender, mässig genährter Mann, ohne Entwickelungsfehler. Die Mitte des 2. Fingers der rechten Hand ist von einer über ½ Mannsfaust grossen Geschwulst von unregelmässig pyramidenförmiger Gestalt gleichsam ringförmig umgeben. Die volare Fläche der Geschwulst ist in der Linie des Fingers spindelförmig gewölbt, von normaler Haut bedeckt, fest elastisch und reicht ungefähr bis zum entsprechenden Metakarpophalangeal-Gelenk. Ziemlich in der Mitte dieser Fläche sitzt das vollkommen unveränderte, passiv frei bewegliche Nagelglied des Fingers. Am inneren Rande derselben Volarfläche springt in die Vola manus ein deutlich an seinem Ansatze abgegrenzter, isolierter Knoten vor, dessen Oberfläche geschwürig zerfallen ist.

Die Dorsalfläche der Geschwulst, spitz pyramidenförmig, ist bedeutend stärker entwickelt als die volare, von grossen, jauchenden Geschwürsflächen bedeckt. Die Geschwulstmassen ruhen zum Teil fast auf dem Rücken der Hand, doch ist auch auf dieser Seite das Metakarpophalangealgelenk des Fingers frei, von normaler Haut bedeckt und aktiv frei beweglich, wenn die Exkursionen auch gering sind in Folge der Schwere der aufsitzenden Masse. Aus einzelnen, kraterförmig in die Tiefe gehenden Geschwüren tropft unablässig nicht riechender Eiter heraus. Patient empfindet keine Schmerzen. Drüsen in der Achselhöhle nicht nachweisbar.

Am 2. Juli 1905 wurde der Finger im Metakarpus amputiert (Prof. Tichow). Der Wundverlauf war tadellos. Nach 14 Tagen wurde Patient geheilt entlassen.

Die ganze entfernte Masse wiegt etwas mehr als 3 russ. Pfund; sicherlich kein häufig beobachtetes Gewicht für eine Fingergeschwulst, das aber einen guten Begriff von der Duldsamkeit des resp. Trägers giebt. Beim Spalten der Geschwulst an der Volarfläche in der Linie des Fingers wird ein grosser zentraler Erweichungsherd eröffnet, der gefüllt ist von einer schleimig gallertartigen eitrigen Masse, in der man feine und grössere Knochensplitter mit dem Finger fühlt.

In die Höhlung frei hinein ragen oben und unten die entsprechenden Gelenkenden des Metakarpus resp. der Nagelphalanx. Verdiente schon die Duldsamkeit des Patienten in diesem Fall Beachtung, so ist noch beachtenswerter die Duldsamkeit resp. Lebensfähigkeit des der Geschwulst benachbarten Gewebes. Bot schon die auf der Höhe der Geschwulst isoliert sitzende Nagelphalanx in ihren äusseren Teilen, Nagel und Haut, absolut normale Verhältnisse dar, so ist jetzt auch am Knochen keine Veränderung nachweisbar, und selbst der die Gelenkfläche bedeckende Knorpelüberzug hat nichts an seiner spiegelnden Glätte eingebüsst. Ebenso unverändert ist die Gelenkfläche des Metakarpalknochens. In der Erweichung aufgegangen sind also nur die ersten beiden Phalangealknochen des betroffenen Fingers. An einem dieser Knochen ist wohl der Ausgangspunkt der Neubildung zu suchen, doch jetzt unmöglich nachzuweisen, ebenso wenig ist es möglich festzustellen, ob die Geschwulstbildung aus dem Periost oder dem Knochenmark hervorging.

Schon die makroskopischen Verhältnisse machten die Malignität der Neubildung wahrscheinlich, die mikroskopische Untersuchung (Dr. Beresnegowsky) ergab: Myxosarkoma. Die typischen Sarkomzellen waren in einem Netz grosser Schleimzellen eingebettet, dagegen waren Knorpelzellen nur in sehr wenigen Exemplaren zu finden.

Ob es sich in diesem Fall um ein primäres Sarkom oder um eine sarkomatös entartete Neubildung handelt, lässt sich schwer entscheiden, die langsame Entwickelung spräche für die letztere Annahme, wobei die starke mucinöse Erweichung — die nach Virchow bei den weicheren Enchondromen häufiger ist — ein Enchondroma mucosum oder ein Myxoma cartilagineum als primäre Neubildung voraussetzen liesse, also etwas ähnliches wie Sarizew es im Jahrbuch der russ. Chirurgie 1895 beschreibt.

Das für Sarkom-Entwickelung häufig angenommene resp. nachgewiesene aetiologische Moment — ein Trauma — lässt sich im gegebenen Falle nicht nachweisen, dass aber eine Geschwulst am 2. Finger der rechten Hand eines Arbeiters verschiedensten Insulten ausgesetzt gewesen sein wird, ist wohl a priori klar, darin ist dann vielleicht auch diesmal die Ursache für die regressive Metamorphose der primären Neubildung zu suchen.

Nachschrift: Zum Schluss erlaube ich mir Herrn Prof. Tichow meinen verbindlichsten Dank auszusprechen für die grosse Liebenswürdigkeit, mit der er mir während meines unfreiwilligen Aufenthaltes in Tomsk sein gesamtes, überaus reiches und mannigfaltiges Material zur Verfügung stellte und speziell obigen Fall zur Veröffentlichung überliess. Eine Schmach ist es, dass keine Mittel aufzubringen sind, um die Anstalten der allg. Fürsorge in Tomsk auch nur den geringsten modernen Ansprüchen entsprechend zu gestalten. Die Verhältnisse, unter denen Prof. Tichow das runde Jahr hindurch ein ebenso reiches wie wertvolles Lehr- und Krankenmaterial bearbeiten muss, spotten jeder Beschreibung und bleiben trotz aller Bemühungen dieselben.

Wesenberg 1906.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Harnsäure als ein Faktor bei der Entstehung von Krankheiten von Alexander Haig. Uebersetzung nach, der 5. englischen Auflage von Dr. Birch-Benner. Berlin Otto Salle's Verlag 1902.

Das vorliegende Werk ist ein Buch von reichlich 500 Seiten, welches die Ergebnisse der Forschungen des Verfassers während eines Zeitraums von 20 Jahren darbietet, der Therapie manche neue Gesichtspunkte eröffnet und durch seine Ausführungen klare Einsicht in verschiedene Fragen der Stoffwechselanomalien giebt, denen wir bisher verständnisslos und deshalb auch ratlos gegenüber standen. Es ist in einer wohl mehr in England gebräuchlichen Art geschrieben und wird daher vielleicht Manchem zu hypothetisch, zu philosophisch, nicht wissenschaftlich, nicht exakt genug erscheinen. Dafür mag indes der in England geltende Ausspruch H. St. Chamberlains maasgebend gewesen sein, welcher sagt dass «nirgends eine Naturwissenschaft gestaltend in das Leben der Gesellschaft eindringen kann, ausser wo sie zu philosophischer Würde heranwächst». Immerhin sind die Haig'schen Anschauungen sachlicher Beobachtung und praktischer Erfahrung entsprungen und verdienen ohne Frage gekannt und nachgeprüft zu werden.

Der Inhalt des Buches ist im Wesentlichen folgender.

Wenn bisher die Harnsäure als Produkt des Eiweisstoffwechsels betrachtet wurde, welcher das Eiweiss durch den Oxydationsprozess im Körper in Harnsäure und Harnstoff zerlegt, so nahm man an, dort, wo vermehrter Harnsäuregehalt im Körper angetroffen wurde, sei entweder zuviel Harnsäure gebildet, oder infolge von verringerter Oxydation zu wenig Harnsäure zu Harnstoff verbrannt worden und schrieb dies einer Stoffwechselverminderung zu, welche durch eine krankhaften Anlage erklärt wurde, die man harnsaure Diathese nannte. Wie das zustandekommen und vor sich gehen sollte, blieb unerklärt und nur ein neues Wort, die harnsaure Diathese, war da. Gegen diese wendet sich nun Haig mit grösster Entschiedenheit und weist nach, dass die vermehrte Harnsäure im Organismus nur übermässiger Aufnahme von unzweckmässigen Nahrungsmitteln und zu geringer Ausfuhr aus dem Körper mit dem Harn zuzuschreiben sei.

Die Harnsäure im Organismus, um die es sich hierbei handelt, stammt nach Haig aus 2 Quellen, erstens aus der Harnsäuremenge, welche sich bei der Verbrennung eines jeden Eiweisskörpers, also auch des reinen pflanzlichen Eiweiss im Organismus bildet. Dieses Eiweiss wird durch den Stoffwechsel in der Tat in Harnsäure und Harnstoff zerlegt, wobei aber die Harnsäure nur etwa $^1/_{35}$ des Harnstoffs ausmacht und mit dieser geringen Menge wird der Organismus fertig, wenn eben nicht mehr Eiweiss in den Körper eingeführt wird. Diese Harnsäuremenge vermag der Organismus mit dem Urin auszuscheiden, ohne dass sie irgend welchen Schaden im Körper verursacht hätte.

Die zweite Harnsäurequelle ist die mit den Nahrungsmitteln fertig eingeführte Harnsäure, denn die meisten derselben wie Fleisch, Bouillon, Eier und von den Vegetabilien Erbsen, Linsen und Bohnen enthalten Harnsäure oder ihr verwandte chemische Verbindungen wie Xantin, Hypoxantin, Creatin, Creatinin und Ptomaine. Unter den Getränken sind es Thee, Kaffee und Kakao welche zwar nicht direkt Harnsäure enthalten, dafür aber derselben dem chemischen Aufbau nach sehr nah verwandte, den Alkaloiden angehörende Gifte, wie Theïn, Coffeïn und Theobromin.

Diese verschiedenen Gifte werden im weiteren Verlauf der Arbeit Haigs beim Gebrauch der Worte Harnsäure, Urate oder Xantinbasen stets einbegriffen, weil sie alle dieselben klinischen Erscheinungen wie Harnsäure hervorrufen, ebenso die Harnsäureausscheidung mit dem Urin vermehren und daher praktisch also auch als Harnsäure betrachtet werden können.

Diese bereits in der Nahrung vorgebildete Harnsäure ist es nun einzig und allein, welche die Aufspeicherung der Urate im Körper verursacht, weil der Organismus dieselben nicht völlig auszuscheiden vermag und sie giebt Anlass zu den mannigfachsten Krankheitserscheinungen. Es kommt zur Bildung von Harnsäuredepots die, immer mehr freie, im Blute kreisende Harnsäure anziehend, sich vergrössern und die bekannten Gichtknoten sowie Anschwellungen der Gelenkenden bilden, ferner zu Harnsäureablagerungen im Bindegewebe, den Muskeln, in der Leber, Milz, den Nieren, im Bindegewebe des Herzens, in den Schleimhäuten der Respirationswege und des Darmkanals. An welchen Stellen sich die Xantinbasen niederschlagen, hängt von Gelegenheitsursachen ab, unter denen, nach Haig, die Folgen des Kälteeinflusses eine grosse Rolle spielen. Schlägt sich die Harnsäure in den Wandungen, z. B., des Blinddarmes nieder, so werden dessen Zellen durch den eintretenden entzündlichen Reiz in ihrer Widerstandsfähigkeit herabgesetzt und liefern so den Bakterien und Fäulnisserregern des Darms einen günstigen Nährboden; es entsteht dann die in unsern Tagen modern gewordene Blinddarmentzündung, deren Zunehmen durch Sorge für harnsäurefreies Blut (zweckmässigere Ernährung) natürlich eingeschränkt werden könnte.

Aufspeicherung der Harnsäure an einzelnen Körperstellen in konzentrierter Form, wie bei Gicht, findet nach Haig dort statt, wo das Blut von relativ grossen Säuremengen durchsetzt ist, die mit Nahrungsmitteln und alkoholischen

Getränken in den Organismus gelangen. Die Azidität des Blutes ist aber von dem Harnsäuregehalt desselben verschieden und tritt unabhängig von letzterem in die Erscheinung. Durch diese Säure verliert das Blut die Fähigkeit die Urate in Lösung zu halten, welche dadurch zurückgedrängt werden in die Gewebe oder innere Organe wie Leber und Milz, die Hauptreservoire für Aufspeicherung der Harnsäure sind und lange Zeit relativ grosse Mengen derselben ohne Schaden ertragen können.

Wo aber der Säuregrad des Blutes kein beständig hoher, sondern die Alkalescenz vorherrscht, da tritt zu Zeiten, in denen die Bedingungen dafür günstig, die Harnsäure in das Blut über, denn sie hat das Bestreben durch die Blutbahn nach den Ausführungsorganen zu gelangen und den Körper zu verlassen. Das Blut wiederum kann jedoch nur eine begrenzte Menge Harnsäure in direkter Lösung enthalten und zwar um so mehr, je alkalischer es ist. Tritt nun aber bei dem fast unbegrenzten Harnsäurevorrat des Organismus immer mehr davon ins Blut, so geht die Harnsäure mit bestimmten alkalischen Bestandteilen des Blutes Verbindungen ein, die die Gestalt von gallertartigen schleimigen Massen annehmen. Herrscht das Alkali in ihnen vor, so sind sie mehr dünnflüssig, leicht zerfliesslich, bildet aber die Harnsäure den Hauptbestandteil, so sind sie zähflüssiger. Diese Verbindungen zeigen sich als kleinste Kügelchen, die allmählig bis zur Grösse eines weissen Blutkörperchens und darüber anwachsen, werden mit dem Blutstrom fortgeschwemmt, gelangen in die Kapillaren, welche sie entweder total verstopfen oder doch den Kreislauf in ihnen stark behindern.

Diese Verstopfung der kleinsten Gefässe belegt Haig mit dem Namen Collämie. Beim Zustandekommen derselben spielen verschiedene Faktoren mit, die den Prozess sehr komplizieren.

Die Lehre von der Collämie ist einer der wichtigsten Punkte des Lehrgebäudes Haig's und sie vermag in der Tat eine grosse Zahl der verschiedenartigsten Krankheitserscheinungen einheitlich und ungezwungen zu erklären, vor denen man bisher verständnislos und hilflos stand. An dieser Stelle kann aber des Raumes wegen nicht weiter auf die Details eingegangen werden, bezüglich welcher ich auf das Werk Haigs verweisen muss.

Unter annähernd gleichen Bedingungen ist der Kapillarrückfluss um so langsamer, je mehr Xantinbasen in colloider Form im Blute vorhanden. Setzt man sich bei grosser Harnsäuremenge im Blut der Kälte aus, so entsteht heftige Collämie mit lähmendem Einfluss auf Kreislauf, Zellernährung und Stoffwechsel. Bei wenig Harnsäure im Blut wirkt die Kälte hingegen als Stimulans. Sie steigert den Säuregrad des Harns und vermindert die Alkalescenz des Blutes, indem sie die Harnsäure aus demselben entfernt. Der schnelle Eintritt und das Wiederverschwinden der Collämie geht mit den kalten Händen und Füssen parallel, die man überall häufig beobachtet. In der Nacht wird durch den hohen Säuregrad des Blutes die Harnsäure in den Organen zurückgehalten. In den Morgenstunden sinkt die Azidität, die aufgespeicherte Harnsäure tritt nun in vermehrter Menge ins Blut, hiebei Collämie erzeugend, um so den Körper zu verlassen, woher denn auch um diese Tageszeit die Harnsäureausscheidung mit dem Urin gesteigert ist. In den Nachmittagstunden verschwindet mit zunehmender Azidität des Blutes die Collämie allmählig, die Harnsäureausscheidung mit dem Urin wird geringer, das Kältegefühl verschwindet. Dadurch wird auch erklärt, dass eine grosse Menge anderer Beschwerden, welche die Menschen plagen in den Morgenstunden am grössten sind. Auch in den einzelnen Jahreszeiten schwankt die Harnsäureausscheidung. In den kalten Wintermonaten verliert die Haut nur wenig Schweiss, infolge dessen ist der Säuregrad des Blutes ein hoher. Hiedurch und durch die Kälte wird die Harnsäure vom Blut mehr fern, in den Geweben aufgespeichert, zurückgehalten. Wird nun mit dem Nachlass der Kälte im Frühjahr der Säuregrad des Blutes geringer, dann tritt die Harnsäure, ebenso wie das in den Morgenstunden geschieht, in vermehrter Menge ins Blut über und erzeugt verstärkte Collämie. Dadurch ist nach Haig auch die Zunahme von Krankheiten und die Verschlimmerung bestehender, z. B., Lungenschwindsucht, in den Monaten März und April bedingt. Die durch Collämie verursachte Gefässverlegung steigert sodann den Blutdruck im Gefässsystem ganz bedeutend, was dann die Vergrösserung der Arbeit des Herzens, im weiteren Verlauf aber Herzschwäche und Herzerweiterung zur Folge hat. Die Wandungen der längere Zeit unter hohem Blutdruck stehenden Gefässe verlieren ihre Elastizität und werden allmählig erweitert. Jahrelang bestehende Collämie begünstigt Kalkablagerung, die besonders in den Capillaren häufig von den bekannten schweren Folgen begleitet werden. Ferner übt z. B. der durch die Collämie erzeugte hohe Blutdruck auf einen grossen Teil der Menstruationsanomalien einen verhängnisvollen Einfluss. Die häufigen heftigen, kolikartigen Schmerzen bei Eintritt der Periode, besonders der chlorotischen Mädchen und Frauen, rührt davon her, dass das nach dem Uterus strömende Blut die Kapillaren durch Collämie unwegsam findet, woher dann erst mit Eintritt der Blutung die Lösung der Spannung eintritt und der Schmerz nachlässt. Die danach häufig kein Ende nehmen wollenden Blutungen, lassen sodann die schon an sich blutarmen Frauen nicht aus dem Siechtum herauskommen. Hier ist indes keine lokale Veranlassung, sondern nur die Collämie der Grund des Uebels. Gewöhnlich wird dann zur Ausgleichung des vorhergegangenen Blutverlustes ausser Medikamenten kräftige Nahrung in Gestalt von Fleisch, Fleischsaft, Eiern, Kakao etc. verordnet, dadurch wiederum mehr Harnsäure in den Organismus eingeführt und so die Quelle der Blutung, der erhöhte Blutdruck immer von neuem unterhalten und der nächste Monat bringt dann die Wiederholung derselben Vorgänge, während Regulierung der Nahrung zur Verminderung der Harnsäureeinfuhr und der Gebrauch von Sauerstoffpräparaten (etwa das Hinz'sche Novozon) zur Verstärkung der Harnsäureausfuhr, die beregten Uebelstände bald vollständig zum Schwinden bringen.

Beeinflusst der durch Collämie gestörte Stoffwechsel die normale Umsetzung der Kohlehydrate, werden sie nur ungenügend oder gar nicht oxydiert, so tritt Diabetes auf. Auch hier ist die verminderte Harnsäureeinfuhr und ihre verstärkte Ausfuhr der sichere Weg zu baldiger dauernder Besserung und in kürzere Zeit bestehenden Fällen zur vollständigen Heilung.

Die grosse Zahl aller auf Stoffwechselanomalien höheren oder niederen Grades beruhenden Krankheiten, führt Haig auf den verheerenden Einfluss der Harnsäure zurück. Er sagt darüber: «Wenn meine Voraussetzungen richtig und meine Schlussfolgerungen logisch sind, und wenn die Harnsäuremenge den Kreislauf in dem Masse beeinflusst, wie ich dies glaube, so folgt daraus, dass die Harnsäure in der Tat die Funktionen, die Zellernährung und den Körperaufbau in einem Grade beherrscht, wie wir es uns bisher nie vorgestellt haben; anstatt nur die Struktur einiger weniger, relativ bedeutungsloser Gewebe anzugreifen, in welchen sie nach dem Tode vorgefunden wurde, kann sie in der Tat die Entwickelung, den Lebenslauf, den endlichen Zerfall und die Auflösung jedes Gewebes bestimmen und zwar von den wichtigsten Nervenzentren und den tätigsten Drüsen bis zum Bett der Nägel und der Struktur der Haut und Haare».

Aus alle diesem ist also zu ersehen, dass die Harnsäure nach zwei Richtungen hin verderblich wirkt. Erstens durch lokale Ablagerungen und Hervorrufung von chronisch entzündlichen Zuständen, wie z. B. bei Gicht und Rheumatismus, zweitens aber durch Verstopfung der Kapillaren, Erzeugung eines hohen Blutdruckes, Beeinträchtigung der Zellernährung, Verhinderung der Entschlackung, Herabsetzung der Temperatur und Verminderung des gesamten Stoffwechsels. Dieser verminderte Stoffwechsel ist also nicht die Ursache der gesteigerten Harnsäuremenge, sondern umgekehrt diese letztere bedingt die mangelhafte Verbrennung. Hoher Harnsäuregehalt des Blutes bedeutet mangelhafte Verbrennung, während Säuberung des Blutes von der Harnsäure eine gute und vollständige Verbrennung bewirkt. Das Eintreten und Verschwinden der Collämie beeinflusst das Lebensfeuer ebenso, wie das Schliessen und Oeffnen der Ofenklappe die Flamme des Herdes reguliert. Durch diese Erkenntnis wird unser Einfluss auf die physiologischen Verhältnisse verdoppelt und derjenige auf die Pathologie vervierfacht.

Man sieht, der Inhalt der Arbeit Haig's ist ebenso anregend wie instruktiv und bietet viel Neues und Interessantes. Die vielen Tabellen und Kurven sind mit grossem Fleiss und unermüdlich geführt und verdient das Werk in möglichst weiten Kreisen bekannt zu werden. Wir fassen auch heute noch jede einzelne Krankheit mit Vorliebe als eine Spezialerscheinung auf, der wir durch eingehendes Detailstudium und ins besondere durch Spezialbehandlung Herr zu werden trachten, während wir zu wenig den allgemeinen Ursachen nachforschen, welche ganze Gruppen von Krankheiten hervorbringen. Die bisher häufig vergeblichen therapeutischen Versuche z. B. bei Neurasthenie, Anämie, Epilepsie und sehr vielen anderen, beweisen deutlich dass man nach dieser Richtung hin wohl auf falscher Fährte ist und sehr wahrscheinlich Ursachen ausser Acht lässt, die für die Entstehung dieser Krankheiten von entscheidender Wichtigkeit sein müssen.

Professor Rudolf Arndt in Greifswald sagt z. B. von der städtischen Bevölkerung unserer Tage folgendes: Die städtische Bevölkerung ist eine entartende, entartete. Sie geht unter, stirbt aus. Die Entartung beginnt mit bleichsüchtigen und nervösen Zuständen, mit einer gewissen Widerstandslosigkeit, Reizbarkeit. Dieselben nehmen zu. Neurasthenie entwickelt sich; grössere geistige Begabung, grosse Talente,

---

Rud. Arndt: Biologische Studien II. Artung und Entartung. Greifswald 1895.

Genies treten auf; dann zeigt sich Hysterie, Epilepsie, Vesanie, letztere namentlich in der Form der Verrücktheit. Fortpflanzungsunfähigkeit kommt zum Vorschein: die Geschlechter sterben aus, vielfach nachdem erst noch grösserer Schwachsinn und selbst Blödsinn, schwächerer oder stärkerer Kretinismus zu Tage getreten sind».

Der praktische tätige Arzt begegnet solchen Degenerationserscheinungen auf Schritt und Tritt. Sieht man von den ausgesprochenen allerschwersten Krankheiten des Körpers und Geistes ab, so sind es gewöhnlich ganz bestimmte Symptome, die einzeln oder gepaart bei der heutigen Kulturwelt auftreten, durch ihre Häufigkeit auffallen und im biologischen Sinne für eine Minderwertigkeit der mit ihnen behafteten Personen sprechen. Das sind vor allen Dingen Bleichsucht bei Kindern und Erwachsenen, übernatürliche Körperfülle oder das Gegenteil davon, zu grosse Magerkeit, kalte Hände und Füsse, Schweissfüsse, Neigung zu Erkältung und Rheumatismus, Verdauungsstörungen, Herzübel, deprimirte Gemütsstimmung, nervöse Störungen, zunehmende Vergesslichkeit, herabgesetzte körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, welche den Anforderungen des modernen Lebens nicht mehr gerecht zu werden vermag, Menstruationsstörungen bei Weibern, gestörte Geschlechtsfunktionen bei Männern etc. Die Wissenschaft erklärte bisher diese Erscheinungen als Folgen hygienischer Schädlichkeiten, denen die Stadtbevölkerung besonders ausgesetzt sei und zwar: schlechte Luft und Wohnung, zu geringe Ernährung, übermässige Anstrengungen, körperliche und geistige, wie sie der gesteigerte Kampf ums Dasein in den Städten mit sich bringt. Dass diese Erklärung aber nicht stichhaltig ist, sehen wir nicht nur daraus, dass dieselben Krankheitserscheinungen ebenso bei den reichsten, bestsituiertesten Städtern und noch dazu in verstärktem Maasse auftreten, sondern auch auf dem Lande, wenn auch seltener. Es ist deshalb nicht unwahrscheinlich, wenn Haig und Andere die Ursache dieser Erscheinungen in anderen Umständen finden wollen, z. B. in unzweckmässiger Nahrung. Jedenfalls fordern die Haig'schen Angaben und Resultate dringend zu Nachprüfungen auf Bezüglich aller Anhaltspunkte für solche, sowie sämmtlicher Details, verweisen wir auf das Werk selber.

Köcher.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1431. Sitzung vom 15. Februar 1906.

1. Dr. Pinker referiert über einen von ihm operierten Fall von schwerer Schussverletzung der Eingeweide, welcher genesen ist.

Es handelte sich um den 14-jährigen Knaben, der den 21. Dezember 1905 in Schreienbusch durch 2 Revolverschüsse verwundet und darauf mit dem Wagen der schnellen Hilfe ins Krankenhaus gebracht worden ist. Die Verwundung ist 6 Stunden nach der letzten Mahlzeit zu Stande gekommen. In Vertretung des Herrn Dr. v. Bergmann wurde von Dr. Pinker die Operation vorgenommen.

«Eine Kugel ist in die linke Glutaealgegend eingedrungen und sass in der Flanke derselben Seite unter der Haut. Diese Verletzung war eine harmlose, da die Kugel auf ihrer Bahn die Peritonealhöhle vermieden hatte. Das Unheil stammt vielmehr von einer zweiten Kugel, die die linke Flanke durchschlagen hat und im Abdomen Verwüstungen angerichtet hat.

Bei der Aufnahme des Patienten wurde folgendes festgestellt. Zu Hause und während des Transportes ist wiederholt Erbrechen aufgetreten, angeblich ohne Blutbeimischung.

Sensorium frei, fahles, schwer leidendes Aussehen, kaum fühlbarer Puls, bretthartė Spannung der Bauchdecken; äusserst heftige Schmerzen im Abdomen, spontan, mehr noch auf Druck. Kein Harndrang. Per Katheter wird stark blutiger Urin entleert.

Dieser Status sprach deutlich für einen schweren Bauchschuss, der den sofortigen Eingriff indizierte. Der blutige Urin wies auf eine Verletzung der Niere; der Lokalisation nach musste der Dickdarm (Kolon descendens) und konnte der Magen getroffen sein.

Es wurde deshalb sofort zur Operation geschritten, ca $3^1/_2$ Stunden post Trauma, Medianschnitt bis handbreit unter den Nabel. Nach Eröffnung des Peritoneums dringt aus der Bauchhöhle ein penetranter kotiger Geruch, wie ich ihn noch bei keiner nach einem Unfall ausgeführten Laparotomie bemerkt habe. Es erweist sich denn auch während der Operation, dass mehrfach Kot ausgetreten ist und namentlich fortgesetzt Gase mit Geräusch durch die Darmöffnungen entweichen.

Ferner sehr reichlich Blut in der Bauchhöhle, vor allem im kleinen Becken.

Was die Eingeweide betrifft, so zeigen diese folgendes Bild.

Milz am vorderen Rand verletzt; keine Blutung von Bedeutung.

Dickdarm zweimal durchschossen, zeigt somit 4 Löcher. Drei davon befinden sich an der Peripherie und sind leicht zu schliessen: das 4. hat seinen Sitz am Ansatze des Mesokolon, ist schwierig zu versorgen. An dieser Stelle ist gewiss später auch die kurzdauernde (1 Woche) Fistel entstanden.

Der Dünndarm zeigt an zwei Stellen Beschädigungen, an der Serosa, keine Perforation.

Magen durchschossen. Eine Oeffnung an der vorderen Wand, eine zweite an der grossen Kurvatur.

In dem Raume zwischen Magen und Dickdarm ein ausgedehntes Haematom, ein zweites in der Gegend der linken Niere. Das Peritoneum über derselben zeigt ein Loch, durch das die Kugel in die Niere eingedrungen sein muss. Das Loch wird durch die Naht geschlossen. — Sie sehen also, meine Herren, dass hier eine ganze Reihe innerer Organe verletzt worden ist; Milz, Dickdarm, Dünndarm, Magen, Niere. — Die Verwundung der letzteren allein gilt schon als ein äusserst ernstes Ereigniss, selbst bei intakt gebliebenem Peritoneum: Traumatische Nephritis, Oligurie und Anurie mit folgender Urämie, Urininfiltration mit Verjauchung. Viel schlimmer gestaltet sich aber noch die Prognose bei gleichzeitiger Eröffnung der Peritonealhöhle und man hielt sie früher (König, Küster) für absolut tötlich.

Es ist aber durch einzelne durchgebrachte Fälle bewiesen und durch das Tierexperiment erhärtet, dass die Sache doch nicht so tragisch ist. Dieser Knabe würde einen weiteren Beleg gegen die frühere Auffassung liefern.

Wenn von den Fällen mit enormer Blutung abgesehen wird, so ist es wohl zunächst die Gefahr der Urininfiltration, die die Prognose beherrscht. Bei dieser aber stehen wir immer unter dem Eindruck der Urethraverletzungen, bei denen der durch den Detrusor erzeugte Druck den Urin auch durch den kleinsten Schleimhautriss in das umliegende Gewebe presst. Bei den Nieren scheinen die Verhältnisse günstiger zu liegen; der Druck ist ein geringer, und der Infiltration kann die reaktive Entzündung des Gewebes schnell Schranken setzen. Von dieser Ueberlegung ausgehend, wird man wohl bei den meisten Nierenverletzungen nicht gleich den heroischen Schritt der Nephrektomie machen, sondern schonend vorgehen können. So bin ich auch im vorliegenden Falle vorgegangen, und es ist mir hoffentlich gelungen, dem Patienten nicht nur das Leben zu retten, sondern ihm auch zwei funktionsfähige Nieren zu erhalten — Augenblicklich ist jedenfalls der Urin reichlich (1200—1500 ccm.) und frei von pathologischen Bestandteilen.

(Autoreferat).

Dr. v. Bergmann bemerkt dazu, dass der Erfolg nur auf die sorgfältige Revision der Bauchhöhle zurückzuführen sei. Dieses Prinzip sei leider noch nicht zur allgemeinen Anerkennung gekommen, in Frankreich erheben sich z. B. noch immer Stimmen für eine abwartende Haltung in solchen Fällen, so auch auf dem letzten französischen Chirurgen-Kongress. Die Kriegschirurgie rechnet 40 pCt. Heilungen daraus, wie dies zu erklären, sei sehr schwer, solange nicht auch für das moderne Militärgeschoss solche Experimente gemacht worden sind, wie seiner Zeit von Dr. Paul Klemm; für die Friedenspraxis müsse jedoch auch die Schussverletzung mit dem Militärgewehr immer chirurgisch angegriffen werden; dasselbe gelte auch für die Browningkugel.

Die Schüsse in den Darm müssen immer darauf angesehen werden, ob nicht durch sie die Bauchhöhle verletzt worden ist.

Die hypo- und mesogastrische Zone geben gewöhnlich die Darmverletzungen; wo der Einschuss dagegen in der regio epigastrica war, habe er nicht gleich zu Beginn in den Patienten gedrungen, sich operieren zu lassen. Regnier berichtete im Oktober 1905 von 75 Fällen 33 Heilungen bei Bauchschüssen, doch käme diese Ziffer wohl nur so zu Stande, dass die Franzosen die reg. epigastr. mit in Betracht gezogen hätten. Was die Symptome der Magenverletzungen anbelangt, so können alle fehlen, oft hat man sich nur an die Tatsache der Schussverletzung zu halten. Ebenso müsse man sich auch den Tangentialverletzungen gegenüber sehr skeptisch verhalten; in letzter Zeit habe er 2 derartige Fälle operiert, wo auch in der Tat die Bauchhöhle nicht eröffnet war, dagegen in 2 anderen Fällen wurden mehrer Verletzungen des Darmes konstatiert. Eine andere Frage sei endlich die, wann zu operieren sei; einige sagen, nach der 10. Stunde sei die Prognose schlecht; er, Bergmann, meine jedoch, bei gutem Pulse könne man auch später mit gutem Erfolge operieren und demonstriert einen 27-jährigen Mann, welcher mehrere Streifschüsse erhielt, in der oberen Glutaealgegend; der Patient lehnte die Operation zuerst ab, sodass Bergmann erst 14 Stunden nach der Verletzung operieren konnte; es

fand sich trübes Exsudat, im Dünndarm 4 Löcher; diesen Löchern entsprachen Substanzdefekte am Mesenterialansatz; die Löcher wurden vernäht, mit NaCl-lösung alles abgespült und mit Peritoneum vernäht; in extremer Beckenhochlagerung wurde ein Haematom gefunden, das Loch konnte jedoch nicht gefunden werden. es musste daher ein Tampon hineingelegt werden, welches durch einen Vertikalschnitt über der Symphyse hinausgeleitet wurde. Der Patient erholte sich bald, (am 18. war die Operation, am 20 bereits flatus) nur vom Tampon aus entwickelte sich eine Eiterung der Wunde, eine Rand-Gangrän, jedoch machte Patient dies Alles ohne wesentliche Temperaturerhöhung durch; am 24. hatte der Eiter einen kotigen Geruch, dann trat richtiger Kot aus, doch hörte dieser bald auf. — Bergmann erwähnt dann noch, dass die Browningkugel besonders dann schwere Verletzungen macht, wenn sie den Mesenterialansatz treffe; man solle in solchen Fällen lieber resezieren, sich nicht mit der Naht aufhalten, indem dadurch nur schlechte Resultate erzielt würden.

In der Diskussion referiert Dr. Bornhaupt über die Erfahrungen, welche er im Kriege über Bauchschüsse gemacht; seine Fälle unterscheiden sich erstens dadurch, dass sie meist Weitschüsse sind und dann dadurch, dass sie nicht so frisch ins Hospital kommen; er bekam sie gewöhnlich am 6. Tage. Im Ganzen hat er ca. 194 Bauchschüsse behandelt, und 42 gelangten zur Operation, alle anderen sind bei konservativer Behandlung zur Genesung gelangt. Er hat natürlich nicht die Fälle gesehen, welche schon in den vordersten Reihen gleich operiert wurden. Er schliesst sich daher der Meinung von Makensie an, dass nämlich der Dünndarm die Fähigkeit habe, der Mantelkugel auszuweichen. Bornhaupt möchte dies für Nahschüsse nicht verallgemeinern, jedoch von 600 Meter Entfernung an gehen die Geschosse durch die Bauchhöhle durch und können nur wenig Erscheinungen machen. Er meint dass in 60 pCt. der Fälle die konservierende Behandlung die Heilung vollbringe.

Dr. Bergmann erwidert, dass die Fälle, welche später nicht operiert sind, immer noch den Einwand zulassen, dass die Darmwand nicht eröffnet worden ist. In der Friedenspraxis jedenfalls sehe man, dass perforierende Bauchschüsse ohne Operation nicht durchkommen; wenn man im Kriege den Eingriff nicht braucht, so seien es eben nicht perforierende Schüsse.

Dr. Bornhaupt erwidert, dass bei den Operationen auch vereiternde Haematome gefunden würden, dann auch kleine Abszesse; in den Fällen, welche zur Sektion kamen, sehe man, dass dort, wo der Schusskanal gegangen war, auch andere Perforationen vorhanden gewesen waren, welche verheilt waren.

2. Dr. H. Schwartz demonstriert: a) Präparate von Spirochaeta pallida aus Kondylomen eines 3jährigen Knaben mit sekundärer Lues stammend. b) einen Fall von Xanthoma universale bei einem 4-jährigen Mädchen; Vortr. hält den Fall für mitteilenswert bei der Seltenheit des Vorkommens dieser Affektion in universaler Ausbreitung. bes. im Kindesalter. Es sei dies der erste Fall der ihm in dem recht grossen Material des Kinderhospitals vorgekommen sei. Die ersten Eruptionen seien im ersten Lebensjahre beobachtet worden. Die Diagnose habe Dr. Arthur Berg gestellt, welchen Vortr. um Untersuchung des Falles gebeten habe. c) ein Fall von Myxoedema infantile: Das zur Zeit 2 Jahre alte Kind bot bei der vor ca. 14 Tage erfolgten Aufnahme ins Kinderhospital folgendes Bild: Länge 60 cm., keine Zähne, die Entwickelung ist etwa die eines 10-monatlichen Säuglings. Keine Kraniotabes noch sonstige Zeichen von Rhachitis. Auf dem Kopf spärliches, langes, trockenes Haar. Die Haut am Halse, oberen Teil der Brust, auf Hand und Fussrücken, der Aussenfläche der Unterschenkel difus verdichtet, besonders am Halse in dicken Wülsten, so dass das Gesicht unmittelbar 'auf den Thorax überzugehen scheint.

Die Haut faltenlos, trocken, nicht schwitzend. Unter der eingeleiteten Schilddrüsentherapie (½ Tabl. Burraughs. Welcome & Co. pro die) habe sich seit dem Spitalaufenthalt der Zustand bereits wesentlich verändert: Die Hautverdickungen seien bedeutend zurückgegangen, das anfangs stumpfe, apathische Kind zeige weit grössere geistige Regsamkeit und Anteilnahme und Aufmerksamkeit für die Umgebung.

Dr. M. Hirschberg erwähnt, dass er vor 2 Jahren einen Fall von Xanthoma vorgestellt habe; in seinem Fall waren die einzelnen Knötchen mehr gelblich; die planen Stellen dagegen waren mehr Vitiligo ähnlich. Eine definitive Diagnose könne im Uebrigen nur die mikroskopische Untersuchung bringen; dieser Fall erinnere ihn mehr an ein Pseudoxanthelasma.

Dr. Sokolowsky fragt, ob auch in Bezug auf das Wachstum bei der Schilddrüsentherapie eine Veränderung konstatiert werde, was von Dr. H. Schwartz bejaht wird.

Dr. Berkholz erinnert daran, dass er vor einigen Jahren ein Kind vorgestellt habe, welches bei der Schilddrüsentherapie in 3 Monaten 3 cmtr. Längenzuwachs aufwies; das Kind lernte während der Behandlung lesen, entwickelte sich sehr gut, doch starb es leider an einer interkurrenten Pneumonie.

3. Dr. F. Büchholz hält seinen angekündigten Vortrag über «Erythema infectiosum».

Von Tschamer und Tobeitz in Graz als örtliche d. h. eigentümlich lokalisierte Rötheln, v. Sticker, Plachte, Pospischill, Heimann, Schmidt, Escherich als selbständige, epidemisch auftretende Krankheitsform beschrieben. Weitere Epidemien sind in Koblenz, Köln, Dortmund beobachtet worden.

Vortragender berichtet über 5 Fälle, die sämtliche Kinder zweier Familien betrafen. In der einen Familie erkrankten die beiden Kinder gleichzeitig, in der anderen dann drei in Intervallen von je 4 Tagen.

Es traten auf beiden Wangen symmetrisch, verschieden geformte, rote, sich heissanfühlende Flecke auf, die auf Fingerdruck schwanden. Sie waren etwas erhaben und gingen allmählich in die normale Haut über, sie breiteten sich aus und konfluierten, so dass der Einzelfleck volltständig verloren ging. Circa 48 Stunden nach Auftreten der ersten Flecken erschienen die Wangen aufgetrieben, aber nicht infiltriert, glühend heiss, diffus gerötet, während die Nasolabialfalten, die Umgegend des Mundes und das Kinn durch eine scharf abgegrenzte Blässe dagegen abstachen. Circa 24 Stunden darauf traten, während das Gesicht abzublassen begann, ungewöhnliche Flecke auf, erst auf den oberen, dann auf den unteren Extremitäten und schliesslich, aber nur in mässigem Grade, auch auf dem Rumpf. Einmal blieb letzterer ganz frei. Auf den Extremitäten konfluierte das Exanthem mehr oder weniger und wurden die Streckseiten und die Nates bevorzugt. Hie und da bildeten die Flecke auch verschiedene Figuren und Netzwerke. Nach 9—16 Tagen nichts mehr nachweisbar, keine Schuppung, keine Pigmentierung. In 2 Fällen sah man nach dem vollständigen Schwinden des Exanthems an einzelnen Stellen rote gefleckte Linien noch einige Tage lang, was Schmidt für recht charakteristisch für diese Krankheit hält.

2 mal war die Milz palpabel, an den Schleimhäuten keine Veränderungen, keine Drüsenschwellung, nur in den ersten Tagen eine Temperatursteigerung von 37,0—37,2°, ungestörtes Allgemeinbefinden während des ganzen Verlaufs, kein Juckreiz, Urin eiweissfrei. Als einzige Komplikation einmal ein geringer Herpes nasalis, Einmal ein eintägiges Prodromalstadium, bestehend in Brechreiz. Die Kinder standen im Alter von 3—5 Jahren und hatten alle Masern durchgemacht.

Differentialdiagnostisch wäre Folgendes zu bemerken:

Scharlach, Masern, Erysipel wird man wohl bei einiger Aufmerksamkeit leicht ausschliessen. Gegen Urticaria spricht das Fehlen des Juckreizes und das Befallenwerden mehrerer Familienglieder.

Gegen ein toxisches Exanthem spricht die lange Dauer, das fieberfreie und ungestörte Allgemeinbefinden und das Erkranken der drei Kinder der einen Familie in Zwischenräumen von je 4 Tagen.

Das Erythema exsudativum multiforme beginnt gewöhnlich an den Hand- und Fussrücken in Form von derben Papeln. Beginnt es einmal ausnahmsweise im Gesicht, so nimmt letzteres nie die obengezeichnete Form an und wird der Körper nur in dieser typischen Reihenfolge befallen, auch nimmt die Haut bei grösserer Ausdehnung des E. einen lividen Farbenton an und fühlt sich nicht heiss, sondern kühl an, dabei besteht lokale Schmerzempfindung oder Brennen und häufig gestörtes Allgemeinbefinden. Auch wäre eine Erkrankung aller Kinder einer Familie eine grosse Seltenheit.

Bei den Röteln erscheint bald mit bald ohne Prodrome das Exanthem im Gesicht, alle Teile desselben einnehmend, um sich rasch über Hals, Brust Leib, Rücken und die Extremitäten auszudehnen. Erscheinungen an den Schleimhäuten wenn auch geringe, werden häufiger gefunden als vermisst. Das Exanthem confluiert fast nie oder nur an einzelnen Stellen und schwindet schon nach 2—4 Tagen. Die Inkubationszeit ist eine lange, im Durchschnitt 2½ Wochen. Häufig Schwellung der Hals- und Nackendrüsen.

Vortragender ist gleichfalls geneigt das Erythema infectiosum als eine selbständige Krankheitsform anzusehen.

(Autoreferat.)

Dr. Woloschinsky: Anfang Dezember 1905, beobachtete ich 4 Fälle eines Exanthems, das ich damals als Infektionskrankheit suigeneris diagnostizierte. 2 Fälle betrafen die beiden Kinder eines hiesigen Kollegen im Alter von 8 und 2 Jahren. 3 der obenerwähnten Fälle verliefen unter folgendem Bilde: Das Exanthem trat im ersten Beginn auf dem Gesicht in Form kleinster Fleckchen, die leicht papulös waren, auf, um sich von da nach abwärts im Laufe von 1—1½ Tagen über den ganzen Körper zu verbreiten, wobei sich von nun an das Exanthem als Fleckexanthem darstellte. Beuge- und

Streckseiten der Extremitäten waren gleich intensiv befallen, der Rumpf wenig schwächer. Das Exanthem bot auf dem Körper eine äusserst eigenartige Zeichnung dar, die man am besten mit einer Laubsägearbeit - Vorlage vergleichen kann, auf welcher an den Grenzen viele kleine Bögen vorhanden sind. Blos das Gesicht stellte sich anders dar: hier war auf jeder Wange ein ca. Silberrubelgrosser, eckiger (3 eckig, mehreckig) unregelmässig tiefstroter Fleck vorhanden, der scharf ohne jede Reaktion an der Grenze in die gesunde Haut überging. Zwischen den exanthematösen Stellen, die den grössten Teil der Haut einnahmen, lagen normale Hautstreifen. Keine Erhabenheit der Flecke, keine Reaktion derselben an ihren Grenzen oder dem darunterliegenden Gewebe, sondern das Ganze sah aus, als ob auf der Haut regelmässige Farbfiguren aufgemalt wären, wobei die Flecken auf den Wangen weit intensivste Farbentinktion aufwiesen. Die Abblassung ging langsam vor sich vom Zentrum aus, und dauerte es bis zum völligen Verschwinden des Exanthems fast 2 Wochen.

Während der ganzen Krankheitsdauer absolutes Wohlbefinden der Kinder: weder Angina, noch Husten, noch Schnupfen, noch gestörte Magen-, Darmfunktion etc. waren vorhanden; bloss mässiger Juckreiz vom 4.—5. Tage ab.

Die Patienten waren 2 Geschwisterpaare, wo 1 Kind ca. 7—6 Tage nach dem anderen erkrankte.

Im 4. Falle war das Exanthem nur rudimentär ausgebildet: es war hier sehr schwach, der Rumpf war nur an ganz vereinzelten Stellen affiziert, die Extremitäten auch nur zur kleineren Hälfte; aber dieselbe Figurenzeichnung auf letzterer, nur waren sie weniger tingiert. Dauer des Exanthems ca. 1 Woche.

(Autoreferat).

Sodann erkundigt sich Dr. Hampeln danach, ob nicht Eiweiss im Harn gefunden wurde, was Buchholz ebenfalls verneint.

Dr. Schabert fragt, ob der konstatierte Milztumor nachweislich zurückging, da ja bei anämischen Kindern oft ein Milztumor vorhanden sei.

Dr. Buchholz bestätigt das Zurückgehen des Tumors, während Dr. Woloschinsky in seinen Fällen überhaupt keinen Milztumor konstatiert hat.

Dr. Otto Klemm erkundigt sich danach, ob auch noch andere Fälle dieser Krankheit beobachtet worden sind.

Dr. Engelmann möchte das von Buchholz gezeichnete Bild mehr zum Erythema multiforme rechnen, wenn der Beginn auch nicht an den Händen und Füssen war.

Dr. Buchholz erwidert, dass man bei Erythema multiforme gewöhnlich nicht diese heisse Rötung sehe, sondern mehr die Bläschenbildung, dann beginne es gewöhnlich in Knötchen, erst später treten die charakteristischen Formen auf; dann werden aber auch nicht alle Glieder einer Familie davon ergriffen.

Dr. Hans Schwartz möchte wohl die von Dr. Buchholz geschilderten Fälle für eine charakteristische Krankheit halten, jedoch nicht die Woloschinskyschen Fälle.

Dr. Berkholz bemerkt, dass die Diagnose einer Erythem-infektion immer angegriffen werde. Heubner und Czernay haben sie nicht gesehen, trotz ihres grossen Materials; grössere Epidemien sind nicht beobachtet worden. Es giebt Autointoxikationen, welche Erytheme machen, er glaubt daher, dass man diese Krankheit wohl nicht als Erkrankung sui generis hinstellen könne.

Dr. Woloschinsky: Das Erythema nodosum und multiforme halte ich für Teilglieder der grosen Gruppe des Rheumatismus. Man sieht in solchen Fällen bei einzelnen Gliedern oder den meisten Allgemeinerscheinungen Gelenkschmerzen, Reaktion des gesunden Gewebes gegen das kranke, Infiltration des Zellgewebes, Infiltration überhaupt etc., Auch passt dies Alles absolut nicht zu den von mir beschriebenen Fällen.

(Autoreferat.)

d. z. Sekretär: Dr. med. Theodor Schwartz.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Das Mitglied des Kuratoren-Komitees des hiesigen klinischen Elisabeth-Kinderhospitals, Dr. Arnold Schmitz, ist für Auszeichnung zum Geheimrat befördert worden.

— Dem älteren Arzt des St. Petersburger Nikolai-Kinderhospitals, Dr. Ernst Hörschelmann, ist der St. Wladimirorden III. Klasse verliehen worden.

— Dem früheren Oberarzt der Hospitalabteilung der Gesellschaft des Roten Kreuzes in Irkutsk, Dr. Rudolf Wanach, ist der St. Stanislausorden II. Klasse verliehen worden.

— Der dem Militär-Medizinalressort zugezählte ältere Arzt der St. Petersburger Elisabeth-Gemeinschaft barmherziger Schwestern, Dr. Nikolai Besrodnow, ist zum Ehrenleibmedikus des Allerhöchsten Hofes ernannt worden, unter Belassung im Militär-Medizinalressort und in dem von ihm bekleideten Amte.

— Für Auszeichnung in den Kämpfen gegen die Japaner sind nachstehenden Aerzten Orden verliehen worden: Der St. Annenorden I. Klasse mit Schwertern — den Gehülfen der Medizinalinspektoren Dr. S. Kriwoschein (vom Kasanschen Militärbezirk) und Dr. W. Bronnikow (vom Amur-Militärbezirk) und dem Korpsarzt des I. Armeekorps, Dr. Albin Nessler. Der St. Stanislausorden I. Klasse mit Schwertern: dem Korpsarzt des IV. Sibirischen Armeekorps Dr. W. Grawirowski.

Allerhöchstes Wohlwollen eröffnet: Für ausgezeichnet eifrigen Dienst und Mühewaltung während der Kriegsaktionen — dem früheren Arzt zu besonderen Aufträgen VI. Klasse bei dem Etappenchef der Nachhut der mandschurischen Armeen Dr. M. Balinski, den Brigadeärzten Dr. J. Amosow und Dr. Al. Soroastrow, sowie dem älteren Arzte des 6. sibirischen Schützenregiments Dr. J. Wyrshikowski.

— Ehrenpromotionen in Greifswald. Anlässlich des 450-jährigen Jubiläums der Universität Greifswald hat die dortige medizinische Fakultät 6 Herren zu Doktoren der Medizin honoris causa promoviert, doch hat sie, alter Ueberlieferung folgend, Aerzte des deutschen Sprachgebiets von den Ehrenpromotionen ausgeschlossen und daher nur fremdsprachliche Aerzte und Nichtmediziner in den Bereich der Ehrungen gezogen, und zwar: 1) William Keen, Professor der Chirurgie in Philadelphia, welcher durch seine Arbeiten und operativen Leistungen einen nambaften Einfluss auf die moderne Chirurgie in Amerika gewonnen hat, zudem durch Energie und Charakter ein glänzender Repräsentant des ärztlichen Standes in der neuen Welt ist. 2) Hermann Snellen sen., Prof. der Augenheilkunde in Utrecht, durch seine Forschungen über die Lichtbrechungsvorgänge am menschlichen Auge und ihre praktische Verwertung von grosser Bedeutung. 3) Emil Roux, Prof. und Direktor des Instituts Pasteur in Paris, in dankbarer Hochschätzung seiner bleibenden Verdienste um die Erforschung der kleinsten Lebewesen als Krankheitserreger, insbesondere seiner Mitarbeit an der Entwickelung des Diphtherieheilserums. Von Nichtmedizinern sind zu Doktoren der Medizin honoris causa ernannt worden: 4) Der Professor der Philosophie in Greifswald Wilh. Schuppe für seine psychologischen Forschungen. 5) Der Unterstaatssekretär im preuss. Kultusministerium Herm. Wever, in Würdigung seiner Verdienste um die Fortentwickelung der med. Unterrichts- und Krankenanstalten in Greifswald, sowie 6) der Bildhauer Max Klinger in Leipzig, der durch seine anatomische Meisterschaft und exakte Darstellung der tiefsten Regungen des Seelenlebens neu zu sehen uns gelehrt hat.

Die philosophische Fakultät in Greifswald hat zu Doktoren der Philosophie honoris causa unter anderen zwei deutsche Mediziner promoviert, und zwar: den Professor der Physiologie Albrecht Kossel in Heidelberg, als erfolgreichen Forscher auf dem Gebiete der Eiweissverbindungen, und den internen Kliniker Ludolf Krehl in Strassburg, als hervorragenden Erforscher der physikalischen und chemischen Vorgänge im lebenden Organismus.

— Zum stellvertretenden Revalschen Kreisarzt, als Nachfolger des verst. Dr. Clever, ist Dr. Otto Peterson ernannt worden, der, soviel uns bekannt, bis vor kurzem Stadtarzt in Pilten (Kurland) war.

— An Stelle des verstorbenen Dr. Carl Blau ist Dr. Theodor Wankin, der mehrere Jahre in Riga als praktischer Arzt gewirkt hat, zum Lösernschen Kirchspielsarzt (in Livland) gewählt worden,

Nekrologe.

Verstorben sind: 1) Am 19. Juli in Pjatigorsk der Professor der speziellen Pathologie und Therapie an der Odessaer Universität Dr. Alexander Bogdanow im Alter von 52 Jahren an Apoplexie. Der Hingeschiedene, welcher 1881 die Venia practicandi erlangte, begann seine praktische Tätigkeit als Militärarzt und war dann ausseretatmässiger Professor an der Charkower Universität, von wo er im vorigen Jahre nach Odessa berufen wurde. 2) Am 20. Juli der jüngere Arzt des Minen-Lehrgeschwaders Dr. Eugen Sokolowski im 32. Lebensjahre. Er wurde bei der Meuterei auf dem Panzerkreuzer «Pamjat Asowa» in der Papenwiek von den meuternden Matrosen getödtet und über Bord

geworfen. Nach Absolvierung seiner Studien i. J. 1900 war der Verstorbene anfangs Militärarzt in Polen, trat aber später in den Marine-Medizinaldienst der baltischen Flotte.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Die älteste preussische Hochschule, die Universität Greifswald, beging am 3. und 4. August n. St. das Fest ihres 450-jährigen Bestehens. Der Festsitzung präsidierte der derzeitige Rektor der Universität, Professor der Anatomie Dr. Robert Bonnet, welcher in seiner Eröffnungsrede zunächst einen Ueberblick über die Geschichte der Universität gab und sodann auf die weittragenden Bewegungen einging, die in den letzten 50 Jahren die Universitäten beherrscht haben, wo in schwerem Kampfe die Naturwissenschaft die phantasiereiche Naturphilosophie überwinden und deren herrschende Stellung erobern musste. Als Festgabe wurde von dem Professor der pathologischen Anatomie Dr. Paul Grawitz eine im Verlage von Abel in Greifswald erschienene «Geschichte der medizinischen Fakultät der Universität Greifswald 1806—1906 dargebracht, die die Entwickelung des medizinischen Unterrichts in Greifswald und das Wachstum der grossen klinischen, anatomischen, physiologischen u. s. w. Institute von ihren dürftigen Anfängen bis zu der Einrichtung der gegenwärtigen Musteranstalten anschaulich darstellt. Seitens aller vier Fakultäten sind zur Jubelfeier 37 Ehrenpromotionen erfolgt, davon in der medizinischen Fakultät 6, über welche wir in der heutigen Nr. unter den «Personalien» berichtet haben.

— Der Privatdozent und Sekundärarzt der chirurgischen Klinik in Bonn Dr. R. Klapp ist zum ausserordentlichen Honorarprofessor ernannt worden.

— Die medizinische Fakultät der Moskauer Universität beabsichtigt, wie wir dem «R. Wr.» entnehmen, eine Dreiteilung des Lehrjahres, d. h. eine Teilung in 3 Semester einzuführen: 1) ein Herbstsemester vom 10. September bis zum 20. Dezember, 2) ein Frühlingssemester vom 21. Januar bis zum 15. Mai und 3) ein Sommersemester vom 1. Juni bis zum 31. August. Das Sommersemester ist für die Professoren nicht obligatorisch; es ist nur für diejenigen Professoren und Dozenten bestimmt, welche in dieser Zeit zu lesen wünschen. In den freien Zeiten zwischen den Semestern sollen die Examina stattfinden.

Standesangelegenheiten.

— Pettenkofer-Preis. Die Preisrichter-Kommission der Max v. Pettenkofer-Stiftung in München hat den diesmaligen Pettenkofer-Preis im Betrage von 1200 Mark einstimmig dem vor kurzem verstorbenen Abteilungsvorstand am Institut für Tropenkrankheiten in Hamburg Dr. Fritz Schaudinn für seine Entdeckung der Spirochaeta pallida zuerkannt und bereits an dessen Wittwe Hanna Schaudinn in Hamburg zur Auszahlung gelangen lassen.

— Französische Aerzte in Deutschland. Eine Vereinigung französischer Aerzte, an deren Spitze Bazot steht, und deren Zweck die wissenschaftliche Fortbildung und Informtion an Universitäten und Instituten des Auslandes ist, wird im August-Monat Deutschland bereisen. Die Gruppe (etwa 30 Personen) besteht aus Aerzten, Professoren, Chefs von Kliniken und Krankenhäusern, einer Anzahl reiferer Studenten und einigen Frauen der Aerzte. Auf dem Programm dieser Studienreise stehen die medizinisch-wissenschaftlichen Institute und Krankenhäuser der Städte Aachen, Bonn, Wiesbaden, Frankfurt a/M., Marburg, Leipzig, Dresden, Heidelberg, Baden und Berlin. In Berlin hat sich zum Empfang der franz. Aerzte ein Komitee gebildet das einen von den Professoren E. v. Bergmann und E. v. Leyden unterzeichneten Aufruf erlassen hat, in welchem die Berliner Aerzte aufgefordert werden, den französischen Kollegen einen festlichen Empfang zu bereiten, eingedenk der herzlichen Gastfreundschaft, die den deutschen Aerzten jederzeit im Auslande geboten worden ist.

Bf.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersb., Petb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 31 St. Petersburg, den 5. (18.) August. **1906.**

Zur Kasuistik der Blutungen intra partum.

Von

Dr. med. Joh. Meyer — Dorpat.

Nur selten wird intra partum eine erhebliche Blutung beobachtet, wenn wir von den Fällen abnormer Lage der Plazenta absehen. Die ausführliche Mitteilung folgender Krankengeschichte scheint daher durchaus berechtigt.

Frau S. P. 26 a. n. Hebr. war im Frühjahr 1904 zum ersten Mal schwanger geworden. Im Juni erfolgte ohne nachweisbare Ursache ein Abort, der die digitale Ausräumung des Uterus notwendig machte. Die Genesung erfolgte ohne irgend welche Störung.

Im März 1905 hatte ich Gelegenheit die Frau zu untersuchen. Es fanden sich vorn links am Corpus ut. 2 kleine Myomknötchen; das Endometrium erwies sich gesund. Am 23. Febr. war die letzte Menstr. erfolgt. Die Schwangerschaft nahm einen durchaus normalen Verlauf. Am 12. Nov. wurde ich wegen eingetretener Blutung konsultiert. Auf der Wäsche der Patientin fand sich ein handtellergrosser blassroter Fleck. Weiterer Abgang von Blut erfolgte nicht.

Am 21. Nov. wurden vorübergehend nach einem warmen Bade Wehen verspürt. Am Morgen des 22. Nov., also ca. 8 Tage vor dem berechneten Termin, traten regelmässige Wehen ein, wobei Abgang blutig wässriger Flüssigkeit beobachtet wurde (ca. 200,0). Um 15 Uhr wurden die Wehen sehr lebhaft; bald darauf erfolgte der Blasensprung. Nach Angabe der Hebamme war das reichliche Fruchtwasser stark mit Blut vermengt. Um 17 Uhr traf ich bei der Kreissenden ein. Es bestanden starke Wehen, unter welchen dünnflüssiges Blut in beträchtlicher Menge ausgestossen wurde. Das Kind lag in II. Schädellage, Herztöne deutlich. Am Uterus liess sich durch die äussere Untersuchung bis auf die kleinen Myomknoten nichts Abnormes nachweisen. Bei der inneren Untersuchung erwies sich der Muttermund auf etwa 5 ctm. eröffnet. So hoch der Finger zwischen Köpfchen und Cervikalwand hinaufgeführt werden konnte, war nirgends der Plazentarrand zu erreichen. Nach lockerer Tamponade der Vagina wurde die Patientin in die Mellinsche Anstalt übergeführt.

Unter Chloroform-Narkose wurde nochmals die innere Untersuchung ausgeführt, wobei ein ansehnliches Stück leicht zerreisslicher mürber Eihaut zu Tage trat. Das Köpfchen lag beweglich in der Beckenweite, — die Pfeilnaht im II. schrägen Durchmesser. Die Entwickelung desselben mit der Zange erfolgte ohne Schwierigkeit, der Damm blieb intakt. Es blutete reichlich, ohne dass der Abgang grösserer Gerinnsel bemerkt wurde. Auf leichten Druck folgte die Plazenta; da die Blutung anhielt, wurden beiderseits entstandene blutende Cervikalrisse mit 2—3 Knopfnähten geschlossen; ein kleiner Vaginalriss links neben der Columna blieb unberücksichtigt; Cornutin-Injektion, die Blutung stand. Am puerperalen Uterus war rechts oben vorn eine charakteristische Delle (Haftstelle der Plazenta) nachweisbar. Harn eiweissfrei.

Das Kind, ein Mädchen, schrie sofort nach der Entwickelung, wog 3,3 kgr. und war 47 ctm. lang. Es wies keine Zeichen eines stattgehabten Blutverlustes auf. Gleich nach der Geburt entleerte dasselbe eine grosse Menge rein blutig aussehenden Mekoniums. Mikroskopisch waren die Blutkörperchen nicht mehr differenzierbar. Bis zum dritten Tag nach der Geburt war das Mekonium mit theerartigem Blut versetzt. Das Kind gedieh durchaus befriedigend.

Die Nachgeburt war mittelgross, rundum an den Rändern flach; nirgends war ein Eindruck, wie er beim retroplazentaren Bluterguss sich oft findet, oder gar eine Zertrümmerung des Gewebes vorhanden. Ihrer Uterus-Fläche hafteten einige Blutgerinnsel an. Die Eihäute leicht zerreisslich, schmutzig blutig imbibiert; das Amnion löst sich leicht vom Chorion. Die Nabelschnur ca. 35 ctm. lang, arm an Sulze, stark spiralig gewunden, excentrisch inseriert. Die genauere Besichtigung sowie die mikroskopische Untersuchung war leider unmöglich, da die Plazenta trotz ausdrücklicher Anordnung versehentlich von einer Schülerin sofort weggeworfen worden war.

Das Wochenbett verlief normal. An der Wöchnerin waren keine Zeichen hochgradiger Anaemie zu bemerken. Die höchste Temperatur wurde am 6. Tage mit 37,6°, die höchste Pulszahl mit 88 notiert. Am 7. Tage ging ein grösseres Blutgerinnsel ab. Die Laktation machte keine Schwierigkeit. Mutter und Kind wurden am 11. Tage nach der Geburt gesund entlassen.

Bekanntlich sind geringfügige Blutungen während der Eröffnungs- und Austreibungsperiode der Geburt eine alltägliche Erscheinung. Als einzige Ursache bedeutender Blutungen kennen wir die vorzeitige Lösung der Plazenta. In diesen Fällen ergiesst sich jedoch das Blut nur ausnahmsweise in die Eihöhle hinein. Die Blutung pflegt eine extraovoide zu sein. Spiegelberg[1]), Ohlshausen[2]), und Hofmeier[3]) erwähnen die

Möglichkeit eines Blutergusses in die Eihöhle mit der kurzen Bemerkung, dass dieses Ereignis selten zur Beobachtung komme. Veit[4]) und Bumm[5]) tun dieser Erscheinung keine Erwähnung.

Nach Goodell's[6]) Statistik findet die vorzeitige Lösung der Plazenta in einer Reihe von Fällen in mechanischen Momenten ihre Erklärung. Trauma, Kürze der Nabelschnur, rapide Verkleinerung des Uterus durch die Geburt des ersten Zwilling, durch Abgang von Fruchtwasser bei Hydramnios und dgl. m. sind als Ursachen schwerer Blutungen intra partum infolge teilweiser oder totaler Ablösung der Plazenta beobachtet worden. In einer zweiten Reihe von Fällen giebt Goodell lokale, organische Veränderungen oder allgemeine konstitutionelle Störungen an. Winter[7]) gelang es das Wesen dieser Erkrankungen genauer festzustellen. Er wies auf die häufige Komplikation mit Nephritis hin; letztere Krankheit ist die Ursache entzündlicher Vorgänge in der Decidua; diese wiederum begünstigen die vorzeitige Ablösung der Nachgeburt. Diese Auffassung war bis unlängst die allgemein gültige.

Erst in der jüngsten Zeit sind an der Hand einzelner Beobachtungen andere Erklärungs-Versuche gemacht worden.

Bayer[8]) und Loorich[9]) beobachteten in ihren Fällen die Insertion der Plazenta in den Tubenecken. Durch die Entfaltung des uterinen Ostiums der Tube sollte analog den Vorgängen am Orif. intern. uteri bei der Placenta praevia eine Lösung eines Teiles der Plazenta erfolgen. Gegen diese Erklärung lassen sich gewisse Bedenken nicht unterdrücken. Da die Plazentarbildung sich oft über das Ostium der Tube hinaus erstrecken dürfte, müsste eine Ablösung eines Randlappens bei der „Tubeneckenplazenta" häufiger Gegenstand klinischer Beobachtung sein. Die schleifenförmige Anordnung starker Muskelzüge um die Tubarostien herum lässt es nicht wahrscheinlich erscheinen, dass bei der Ausdehnung der Uterushöhle gerade die Tubarostien mehr in Anspruch genommen werden, als andere Teile der Uterinwand. Ein abschliessendes Urteil über das Verhalten der Tubarostien während der Gravidität scheint mir nach den bisher gewonnenen Ergebnissen der Untersuchungen über die anatom. Verhältnisse der Uterusmuskulatur noch nicht zulässig zu sein.

Schäffer[10]) und Veit[11]) erklären die Ernährungsstörung des Plazenta und Uterus verbindenden decidualen Gewebes durch Deportation von Chorionzotten in die decidualen Venen. Diese führt zur Obliteration der letzteren, namentlich auch des Sinus circularis. Aus dieser resultiert eine Zirkulationsstörung, welche die leichte Ablösung des betroffenen Plazentarteiles bewirkt. Wie häufig dieses Ereignis gegen das Ende der Gravidität eintritt, — darüber werden weitere Beobachtungen mehr Licht verbreiten müssen.

Hierher gehört wohl auch der Fall von Schickele[12]), welcher ohne bestehende Nephritis Nekrose der Decidua infolge von Thrombose beobachtete.

Unaufgeklärt bleibt in aetiologischer Hinsicht die Beobachtung Ahlfeldts[13]). Bei einer an Morbus Basedowii leidenden Frau trat eine lebhafte Blutung intra partum ein. Die hochsitzende Plazenta war nicht gelöst. Am tiefsten Cotyledo fand sich eine Oeffnung im Sinus circularis, in welcher ein Blutpropf steckte, der mit einem grösseren Gerinnsel zusammenhing.

Sehr beachtenswert sind die Untersuchungen von Seitz[14]). Er beschreibt eine gegen das Ende der Gravidität durch Zelleneinwanderung veranlasste Thrombosierung der Gefässe der Serotina als eine normale Erscheinung. Bei chronisch entzündlichen Zuständen der Decidua kommt es leicht zu kleineren oder grösseren Blutungen hinter und in der Basalis und Vera, welche schliesslich nach aussen durchbrechen können. Die Ansicht Winters wird durch diese Untersuchungen bestätigt, und in ihrem Wesen dem Verständnis näher geführt.

Nicht unerwähnt bleibe die Aeusserung von Doléris[15]), welcher in einem Fall weder ein Trauma, noch eine Nephritis als aetiologisches Moment heranziehen konnte und daraus folgert, dass Neurasthenie eine Prädisposition zu Zirkulationsstörungen im Genital-Apparat abgeben könne. Diese wiederum könne zur Zerreissung plazentarer Venen führen.

Infolge des Umstandes, dass Plazenta und Eihäute in dem von mir beobachteten Falle vor Ausführung der mikroskopischen Untersuchung verworfen worden waren, kann sich die Deutung des Krankheitsbildes nur auf die klinischen Erscheinungen stützen. Charaktoristisch für den Fall ist es, dass die Blutung ausschliesslich intraovoid war.

Obschon im März, unmittelbar nach Eintritt der Gravidität, keine Zeichen einer bestehenden Endometritis vorhanden waren, findet die Blutung am zwanglosesten ihre Erklärung bei Annahme der von Seitz beschriebenen entzündlichen Veränderungen in den decidualen Gefässen. Der Sitz der Blutung darf weder im Bereich der Plazenta noch des Randsinus gesucht werden. Bei einer Blutung aus diesem Gebiet hätten Blutgerinnsel sich bilden müssen, die auf den Ort der Blutung einen Rückschluss zuliessen. Die Blutung hätte in diesem Falle ausserdem einen viel stürmischeren Verlauf nehmen müssen. Die Eihäute waren auffallend brüchig; schon vor der Geburt des Kindes ging ein grosser Fetzen infolge ungenügender Ernährung gelöster Eihaut ab. Wahrscheinlich hatte sich infolge decidualer Venenthrombose eine mässige Blutung schon 1—2 Tage vor der Geburt eingestellt. Das mürbe Gewebe der erkrankten Eihäute konnte dem Druck des ausgetretenen Blutes keinen Widerstand leisten, sondern unterlag einer Zerreissung. Durch diesen Riss sickerte das Blut in schwachem Strome in die Eihöhle hinein. So wurde es möglich, dass im untersten Abschnitt des Darmes der Neugeborenen sich unmittelbar nach der Geburt bereits Blut vorfand, welches mindestens 1—2 Tage vorher vom Foetus geschluckt sein musste. Die grossen intra partum abgehenden Mengen mit Fruchtwasser verdünnten Blutes hatten sich allmälig in der Eihöhle angesammelt. Daher kam es zu keinem Kollaps der Wöchnerin, deren subjektives Befinden mit dem grossen Blutverlust eigentümlich kontrastierte. Auch die blutige Imbibierung der Eihäute wies darauf hin, dass dieselben längere Zeit mit extravasiertem Blute in Berührung gestanden hatten.

Benutzte Literatur:

1) Spiegelberg, Lehrb. d. Gbtsh. 1882, pag. 361.

2) Ohlshausen-Veit, Lehrb. d. Gbtsh. 1902, pag. 613.

3) Winckel's Hdb. d. Gbtsh. 1904. II. 2. pag. 1191.

4) Müller's Hdb. d. Gbtsh. 1889.

5) E. Bumm, Gbtsh. 1903.

6) Goodell, Amer. Journ. of obstetr. Vol II 1869. (citiert nach O. v. Weiss, Arch. f. Gyn. Bd. 46. 1894. pag. 257 ff.)

7) Winter, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XI.

8) Bayer, Beitr. z. Geb. u. Gyn. VII. pag. 341.

9) Loorich, Zentrlbl. 1903. pag. 176.

10) Schaeffer, Ueber die Aetiol. d. vorzeit Lösg. etc., Inaug.-Diss. Leiden 1902.

11) Veit, Zentribl. 1904. pag. 8.

12) Schickele, Münch. med. Wochenschr. 1903, Nr. 51.

13) Ahlfeldt, Mon. f. Geb. u. Gyn. XVII. pag. 694.

14) Winckel's Hdb. d. Gbtsh. 1904. II. 2. p. 1098 u. 1115 ff.

15) Doléris, Ann. d. Gyn. Juni 1902. pag. 467.

Anmerkg. 8), 10), 12) und 15) sind citiert nach Frommels Jahresbericht.

Referate.

Ernst Meyer: Stoffwechsel bei Pankreaserkrankung und dessen Beeinflussung durch Opium und Pankreaszufuhr. (Aus der medizin. Universitätsklinik in Halle (Saale)). Zeitschrift für experimentelle Pathologie und Therapie 3. Bd., Heft 1, 1906. S. 68 ff.

Verfasser teilt einen Fall von Pankreaskarzinom bei einem 43 jähr. Patienten mit, der alle typischen Symptome darbot und bei dem die Diagnose durch die Autopsie bestätigt werden konnte. Nachdem zahlenmässig festgestellt war, wie sich die Resorption der eingeführten Nahrungsstoffe und die damit verbundene Ausnützung derselben bei der gestörten Pankreasfunktion verhielt, wird durch exakte Versuche die Frage beantwortet, wie weit die Störungen im Stoffwechsel sowie die Zuckerausscheidung sich durch Pankreaspräparate und durch Opium beeinflussen lassen. Von ersteren wählt Verf. das Pankreon, so dass nunmehr, was dieses Heilmittel betrifft, ein völlig abgeschlossener Fall zum ersten Male in der Literatur vorliegt. Auch mit Bezug auf das Opium ist der Einfluss dieses Mittels auf Pankreasdiabetes bisher noch nicht studiert resp. publiziert. Eine tabellarische Uebersicht führt folgende Ergebnisse vor Augen:

1) Ohne medikamentöse Beeinflussung. Nutzeffekt von 2100 Calorien in der ersten, von 2500 C. in der zweiten Versuchsreihe. Damit wäre (bei dem guten Appetit und der Bettruhe des Pat.) der Bedarf gedeckt, wenn nicht durch eine Zuckerausscheidung von 90 gr. Zucker ca. 400 Calorien hätten in Abzug gebracht werden müssen.

2) Mit Pankreon. 3 mal 1, — gr. Pankreon pro die an sechs aufeinander folgenden Tagen. Reduktion der Zuckerausscheidung von 90 gr. auf 34 gr. Resorption des Eiweisses 100—115 gr. (= 60 pCt.), des Fettes 87—88 gr. (= 65 pCt. vom Eingeführten). Bei der gleichen Nahrung kommen also dem Körper über 2500 Calorien zu gute, d. h. sie wird um rund 50 pCt. besser verwertet. Zugleich bessere Stühle: durchschnittlich 350—500 gr. mit 100—110 gr. Trockensubstanz mit Pankreon gegen 700—800 gr. mit 160—200 gr. Trockensubstanz ohne Pankreon. Ausserdem nicht stinkend, bessere Consistenz. Hebung des Allgemeinbefindens durch gesteigerte Ernährung der Gewebe.

3) Mit Opium. Die gesunkene Fähigkeit des Pankreasdiabetikers, Zucker zu spalten, wird wieder erhöht. Aber es wird nur eine um 10 pCt. bessere Ausnützung des Eiweisses und der Fette erzielt, also rund 40 pCt. weniger als beim Pankreon.

Resumé: Eine kombinierte Anwendung von Pankreon und Opium ist bei Pankreaserkrankungen am Platze. Speziell darf das Pankreon als brauchbares Surrogat für das geschädigte Pankreas empfohlen werden.

Protokolle
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1345. Sitzung am 13. März 1906.

1. Dr. Hörschelmann stellt dem Verein ein 9-jähriges Mädchen vor, das folgende Krankheitserscheinungen darbot:

Pat. trat am 28. Januar 1906 in schwerem, bewusstlosem Zustand in die therap. Abteilung des Nicolai-Kinderhospitals ein. Am 26. war sie bei voller Gesundheit plötzlich ohne bekannte Ursache, mit starkem Erbrechen und Kopfschmerzen erkrankt. Bis dahin war sie vollkommen gesund gewesen, vor Jahren hat sie Morbilli gehabt. Die 2 letzten Tage war kein Stuhl gewesen, das Erbrechen war unaufhörlich.

Pat. ist von zarter Konstitution und mässiger Ernährung. Gesichtsausdruck schwer leidend, Augäpfel tief eingesunken, scharfe Schatten unter den Augen. Der Leib ist leicht eingesunken, nirgend druckempfindlich. Zunge belegt, von Seiten der inneren Organe keine Abweichungen von der Norm. Herzgrenzen normal, Töne rein, sehr dumpf, Puls kaum zu fühlen, beschleunigt. Temp. 37,3.

Gleich nach dem Eintritt ins Hospital wurde eine Ausspülung des Magens mit physiol. Kochsalzlösung gemacht, worauf bis Abends 9 Uhr das Erbrechen sistierte. Kampher subcutan. Abends und Nachts wiederholte sich das Erbrechen noch 7 mal. Calomel. Abends einige flüssige Stühle.

29. Januar. Temp. 38,2. Abends 38,0. Puls 100 und 110. Sensorium etwas freier. Patellarreflexe nicht nachweisbar, Lichtreflex vorhanden, Pupillen gleich, leicht erweitert. auf Bewegungen der Finger vor den Augen tritt kein Blinzeln ein, Pat. scheint nicht zu sehen.

30. Jan. In der Nach hat Pat. etwas gekühlte Milch zu sich genommen, heute ist sie wieder ganz apathisch. Temp. 37,0 — Abends 36,3 — Puls 72 und 76, voller, keine Rigidität der Muskeln, kein Erbrechen.

31. Jan. Reichlicher Stuhl nach Klysma. Nacht ziemlich unruhig. Einmal Erbrechen. Zunge belegt, Lungen und Herz normal. Temp. 37,2 und 37,3, Puls 100 und 98.

Von jetzt ab sistierte das Erbrechen, Pat. kam bald zu völligem, klarem Bewusstsein, konnte sehen und bald sich im Bett bewegen. In den nächsten Tagen verstand sie alles, was man ihr sagte, sie bemühte sich auch zu sprechen, machte mit den Lippen die entsprechenden Bewegungen, brachte aber keinen Laut hervor. Die Bewegungen der Extremitäten waren schwach, leicht ataktisch, namentlich linkerseits, die Patellarreflexe waren vorhanden, links sogar etwas erhöht. Im ferneren Verlauf liess sich eine in wenigen Tagen vorübergehende leichte linksseitige Hemianästesie nachweisen und leichte Parese der linken Extremitäten. Augenhintergrund normal (auch bei der Vorstellung von Dr. Blessig konstatiert). Die Stummheit hält hartnäckig an Die Bewegungen werden immer sicherer und zielbewusster, Pat. kann im Bett alle Bewegungen machen, aber hingestellt kann sie weder stehen noch gehen. (Astasie-Abasie).

In diesem Zustand kam sie zur Demonstration Das entworfene Krankheitsbild will nicht recht in den Rahmen der gewöhnlichen Krankheitsbilder des Zentralnervensystems organischer Natur hineinpassen. Einerseits sind keine Krämpfe gewesen, nie Rigiditäten weder der Nacken- noch sonstiger Muskeln, die elektrische Erregbarkeit zeigte kaum wesentliche Veränderungen, nur geringe Ataxie war vorhanden. Andrerseits war Coma nicht beobachtet, im Verlauf der Krankheit fehlten ausgesprochene Lähmungen, wenn auch eine leichte Parese der linken Extremitäten nachweisbar war.

Unter den sensiblen Störungen trat am meisten in die Augen die schnell vorübergehende linksseitige Hemianästesie. In Folge dessen fiel es schwer, die Diagnose auf eine organische Erkrankung des Zentralnervensystems zu stellen. Auch hatte keine ausgesprochene fieberhafte initiale Erkrankung den Beginn gebildet. Wohl aber drängte sich der Gedanke an Hysteria immer wieder auf. Für diese schienen zu sprechen, abgesehen vom Beginn der Erkrankung:

1) Der sog. hysterische Mutismus, über den Oppenheim sich folgendermassen ausspricht: «Seltener als die hyst. Aphonie ist der Mutismus, die hyst. Stummheit, ein Zustand, der sich durch die völlige Unfähigkeit der Lautbildung kennzeichnet; der Kranke giebt sich alle Mühe, aber er bringt keinen Ton, auch kein Flüstern hervor, Lippen und Zunge sind beim Sprechversuch wie völlig gelähmt, während sie sonst bewegt werden können, oder sie werden beim Sprechen deutlich angespannt, aber ohne dass es zur Lautbildung kommt. Charakt. ist es, dass der Kranke alles versteht und noch stummer ist als der Aphonische, der gewöhnlich doch über

einige Laute oder Worte verfügt. Ferner ist seine Mimik (im Gegensatz zum Aphonischen) eine lebhafte. Es kommt übrigens auch vor, dass die Phonation erhalten und die Stummheit eine unvollständige ist: der Kranke bringt unter sichtbarer Anstrengung den ersten Laut des Wortes, dann nach einer Pause den 2. hervor, kommt aber nicht weiter. Der an Mutismus-Leidende kann lesen und schreiben. Dauer, Stunden, Tage, Wochen, aber auch Jahre».

2) Die Astasie-Abasie. 3) Die Hemianästesie. 4) Nicht zu konstatierende organische Erkrankung des Nervensystems. - Die Diagnose blieb jedoch zweifelhaft.

(Autoreferat).

Diskussion:

Michelson glaubt nicht, dass es sich im vorliegenden Fälle um Hysterie handeln könne. Dagegen spricht der fieberhafte Beginn der Erkrankung, die Ataxie und Schwäche der Extremitäten. Eine Meningitis könne wohl ausgeschlossen werden, dagegen müsse man an einen encephalitischen Prozess denken, wie solche gelegentlich im Anschluss an akute Infektionskrankheiten, besonders an Influenza zur Beobachtung kämen.

2. Heuking: Die Bedeutung des Diabetes mellitus für die Chirurgie.

Nicht fern zurück liegt die Zeit, wo die Chirurgen eine grosse Scheu davor hatten, an Diabetikern Operationen auszuführen. Der üble Verlauf, den Operationswunden an Individuen nahmen, welche Zucker im Harn ausschieden, veranlassten noch Anfang der 70. Jahre des jüngst verflossenen Jahrhunderts die Chirurgen aller Länder, sich aller Operationen an Diabetikern möglichst zu enthalten. Progrediente Phlegmonen, Gewebszerfall. Brand, Sepsis, — das waren die Folgen, die sich oft nach Vornehmen sogar kleiner operativer Eingriffe einzustellen pflegten. — Diese Scheu vor operativen Eingriffen wich jedoch recht rasch, als durch Einführung anfangs der antiseptischen, drauf der aseptischen Wundbehandlung, das Auftreten der Komplikationen des Wundverlaufs sich meist auch von den an Diabetes leidenden Kranken fernhalten liess. Dazu kam, dass die bakteriologische Forschung den positiven Nachweis erbrachte, dass es durchaus die gleichen Eiter- und Entzündungserreger wären, mit denen der Chirurg es in allen Fällen, seien die Patienten mit Diabetes behaftet oder nicht, zu tun hätten.

An die Stelle der früheren grossen Scheu trat nun eine fast völlige Geringschätzung der Gefahren des Diabetes.

Vortragender wirft jedoch die Frage auf, ob dieser moderne Standpunkt ein berechtigter ist? In den letzten Jahren ist eine ganze Anzahl von Mitteilungen in der chirurgischen Literatur erschienen, die uns daran zweifeln lassen müssen, dass der Diabetes von den Chirurgen als eine qualité négligeable angesehen werden dürfe.

Freilich sind es nicht mehr die accidentellen Wundkrankheiten, deren deletäre Eigenschaften der Chirurg an seinen operierten Kranken zu fürchten hat; sondern ein anderer, dem Diabetes eignender Zustand ist es, dessen Auftreten den operativ behandelten Diabetikern verhängnissvoll werden kann, — nämlich das diabetische Coma.

Dem Vortragenden sind in eigener Praxis sehr unangenehme Kollisionen mit dem Coma diabeticum nicht erspart geblieben. Eine Umschau in der Literatur hat ihn belehrt, dass eine ganze Reihe von Chirurgen ähnliche üble Erfahrungen nach Operationen die an Diabetikern ausgeführt worden sind, gemacht haben. Dabei erwies es sich, dass Todesfälle im Coma nach Ausführung der Operation sowohl an solchen Kranken zur Beobachtung gelangt sind, die einer allgemeinen Inhalationsnarkose (Chloroform oder Aether) unterworfen wurden, als auch an solchen, bei denen die Operation blos unter lokaler Anästhesie oder unter der immer grössere Anwendung findenden «Lumbalanästhesie» unternommen worden sind.

Vortragender tritt zunächst der Frage näher, ob die allgemeine Narkose — sei es nun, dass sie durch die Anwendung des Chloroforms oder des Aethers ausgeführt wird — eine Disposition für das Zustandekommen des Coma abgeben könne. Diese Frage glaubt Ref. entschieden bejahen zu müssen und zwar auf Grundlage folgenden Gedankenganges.

Beide Narkotisierungsmittel — das Chloroform freilich in stärkerem Grade als der Aether — bewirken, selbst bei kurzer Anwendung, tiefgreifende Aenderungen innerhalb des Stoffwechsels der Narkotisierten, die freilich an Gesunden meist rasch und ohne weitere schädliche Folgen für Gesundheit und Leben ausgeglichen werden. Allgemein bekannt sind die Einwirkungen — besonders des Chloroforms auf das Herz. — Weniger bekannt ist die Tatsache, dass bei einer grossen Anzahl aller mit Chloroform Narkotisierten im Harn vorübergehend Eiweiss und Zylinder auftreten (nach Eisendraht in 32 pCt., nach Deremans und Minet sogar in 76 pCt. aller Fälle nach Chloroformnarkose, und in 25 pCt. der Fälle nach Aethernarkose). Eine derartige, durch beide Narkotisierungsmittel bewirkte Revolution innerhalb des Stoffwechsels kann, so muss man annehmen, keineswegs als gleichgiltig und harmlos für einen Organismus eingeschätzt werden, der, wie der diabetische, bereits in einem gestörten Zustande seines Chemismus sich befindet.

Von noch wesentlicherer Bedeutung ist aber der Umstand, dass durch Chloroform- und Aetherinhalationen der Stoffwechsel im gesunden Organismus vorübergehend in solche Bahnen gelenkt wird, welche wir ihn bei Zuckerkranken, und speziell kurz vor und während des komatösen Anfalles einschlagen sehen. — Ganz abgesehen davon, dass bereits seit dem Jahre 1855 in einzelnen Fällen von verschiedenen Beobachtern im Harne Chloroformierter Traubenzucker und andere diesem sehr nahestehende Verbindungen nachgewiesen wurden, — ist es Tatsache, dass im Harn sowohl nach Chloroform — wie nach Aethernarkosen sehr häufig Aceton (nach Becker «fast regelmässig», im Chloroformharn und in 66 pCt. aller Aetherharne, nach Nachod in etwa 45 pCt. der Aetherharne) und Acetessigsäure (nach Nachod in etwa 30 pCt. der Aetherharne) aufzutreten pflegen. — Nun wissen wir aber ja, dass diesen beiden Körpern eine sehr üble prognostische Bedeutung zugeschrieben wird, falls sie in erheblich gesteigertem Grade im Harne von Zuckerkranken nachweisbar sind: sie zeugen von einem tiefgreifenden Desorganisationsprozess, der sich an den Eiweiss- resp. Fettmolekülen der Körpergewebe abspielt und gelten für einen Indikator einer besorgniserregenden Hyperazidität des Organismus. Unter Umständen sind sie geradezu gefürchtet als Vorboten eines drohenden diabetischen Komas. Aus einer gewissen Wesensgleichheit der Ausscheidungsprodukte darf man auch auf eine gewisse Analogie der sie erzeugenden Stoffwechselvorgänge schliessen. Es würde somit der beim Diabetes bereits vorliegende krankhaft gestörte Stoffumsatz durch eine von der Narkose abhängige und mit der diabetischen in gleichem Sinne wirkende Stoffwechselalteration in seiner Intensität wesentlich gesteigert werden; es ist durchaus zuzugeben, dass diese Steigerung soweit gehen kann, dass durch sie der Ausbruch eines Koma diabeticum ausgelöst wird.

Die praktische Erfahrung steht mit einer solchen Auffassung durchaus im Einklange. Refer. berichtet aus der Literatur über eine ganze Reihe von Fällen, in denen eine vor der Operation bestehende Zucker- resp. Azetonkörperausscheidung nach der Narkose sich jäh verschlimmerte, zu Koma und letalem Ausgange führte. Diesen Fällen fügt er 2 eigene Krankengeschichten hinzu Es sind aber auch Fälle bekannt, in denen seit einiger Zeit latent gewordene Meliturie und Acetonurie (sog. «geheilte» Diabetesfälle) nach Anwendung einer Inhalationsnarkose sofort rezidivierten und Tod im Koma bedingten. Refer. teilt auch einen derartigen Fall eigener Beobachtung mit.

Wenn somit nach den obigen Ausführungen aller Grund vorhanden ist, der Narkose die Schuld an der Verschlimmerung eines zuvor bestandenen Diabetes beizumessen — so liegt doch andrerseits die für die operative Chirurgie aus dem Diabetes erwachsende Gefahr nicht einzig und allein im Chloroform oder Aether. Vielmehr sind neuerdings Beobachtungen veröffentlicht worden, in denen diabet. Koma und Tod nach Operationen stattfanden, die ohne allgemeine Narkose ausgeführt wurden. Die zur Herstellung der lokalen resp. lumbalen Anästhesie verwandte Kokaïn- und Eukaïnquantitäten waren derart geringe, dass von einer durch sie bedingten ernsthaften Schädigung des Stoffwechsels garnicht die Rede sein konnte.

Was mag in diesen Fällen den Eintritt des Koma bewirkt haben?

Da in mehreren hierher zu rechnenden Fällen es sich um sehr wenig eingreifende Eucheiresen handelte (z. B. Staaroperationen und Panaritiuminzision), so kommen alle jene Momente in Wegfall, welche bei grossen Operationen an sich bereits, insbesondere aber bei Diabetikern, verhängnisvoll werden können, wie etwa Operationsschock, Blutverlust, Abkühlung, Schmerzen und drgl. Von allen schädigenden Momenten, die jeder Operation, selbst einer ganz unbedeutenden notwendigerweise anhaften, bleibt nur ein einziges über, das berücksichtigt werden muss — die starke psychische Emotion.

Nun haben aber alle erfahrenen Diabetesbeobachter (wie Strümpell, Naunyn, v. Noorden, Seegen, Schmitz u. An.) die Tatsache konstatiert, dass heftige psychische Erregungen eine bislang relativ harmlos verlaufende Glykosurie ganz jäh zu einem akuten, das Leben gefährdenden und Koma auslösenden Diabetes anschwellen lassen können. Es liegt daher sehr nahe anzunehmen, dass die

an Zuckerkranke gestellte Zumutung, die allen Menschen innewohnende instinktive Operationsscheu durch energischen Willensentschluss zu überwinden und jene Selbstbeherrschung aufzubieten, die zur Durchführung einer ohne Betäubungsmittel ausgeführten Operation notwendig ist, zu einem «psychischen Trauma» wird, dem das minderwertig gewordene Nervensystem der Diabetiker nicht gewachsen ist. Die seinerseits hierauf erfolgende Reaktion äussert sich im Auftreten des Komas.

Referent teilt einen Fall eigener Beobachtung mit, der sehr dazu geeignet ist, zur Illustration der eben besprochenen Verhältnisse zu dienen.

Aus all dem bisher mitgeteilten geht hervor, dass das postoperative Koma eine ernstliche Gefahr ist, mit der jeder Chirurg zu rechnen hat, der an diabetischen Personen Operationen vornimmt.

An der Gültigkeit dieses Satzes ändert der Umstand nichts, dass es Chirurgen giebt, die nie bedrohliche Zufälle seitens der von ihnen operierten Diabetiker erlebt haben. Nicht jeder Zuckerkranke trägt die Disposition für das Koma in sich. Da man aber dem einzelnen konkreten Falle nie ansehen kann, ob er dazu neigt oder nicht, muss eben jeder Operateur auf das Erleben dieser fatalen Komplikation gefasst sein.

Was soll nun der Chirurg tun, um dieser Gefahr entgegenzutreten?

Vor allen Dingen: er soll sich vom diabet. Koma nicht unvorbereitet überraschen lassen. Dieses kann aber passieren, denn Harnanalysen auf eventuellen Zuckergehalt werden durchaus nicht so regelmässig vor Operationen ausgeführt wie solche mit der Absicht des Eiweissnachweises. Ganz besonders gilt dieser Satz für das kindliche Alter, in welchem, nach fast allgemeiner Ansicht, die Zuckerkrankheit als ein sehr seltenes Ereignis anzusehen ist *), woher denn auch die Untersuchung des Harns auf Zucker in der therapeut. und chirurg. Kinderpraxis arg vernachlässigt wird.

Was nun die Massnahmen betrifft, die wir gegen das Eintreten des diab. Komas zu ergreifen pflegen, so sind wir aus dem Stadium des Suchens und Experimentierens noch nicht herausgekommen; das ist begreiflich und verzeihlich, denn den Diabetesforschern ist es bislang noch nicht gelungen, über das Wesen und die Genese des komatösen Anfalles eine zufriedenstellende, einheitliche, Theorie herauszubilden.

Vortr. empfiehlt, für das praktische Handeln sich an folg. Gesichtspunkte zu halten.

Vor der Operation.

1) Leite man in allen Fällen, die einen Aufschub der Operation erlauben, eine vorsichtige Entzuckerungskur ein, hüte sich aber durchaus vor brüsquem Diätwechsel und überhaupt vor rigorosen Diätvorschriften. Absolute Amylumkarenz ist unbedingt schädlich, denn durch die neuesten Untersuchungen ist nachgewiesen worden dass exclusive Fleischkost die Acidität des Organismus wesentlich erhöht und dadurch wahrscheinlich auch die Disposition zum Eintritt des Koma gesteigert wird (Naunyn, Hirschfeld, Grossmann).

2) Man gebe die übliche Vorbereitung des Kranken zur Operation bestehend in 1—2-tägiger verminderter Nahrungszufuhr — bei Diabetikern am liebsten ganz auf, denn auch durch das Fasten wird die Acidität des Harns nachweislich erhöht (Waldvogel) und ausserdem ein Zustand der Unterernährung geschaffen, der auch das Auftreten des Komas begünstigen dürfte.

3) Man sättige den Körper mit Alkali, entweder durch Verabreichung grosser Dosen des Natriumbicarbonats (Stadelmann, Naunyn) oder besser des Natriumcitrats (Rumpf).

Bei der Operation.

1) Man vermeide, wenn irgend möglich, die Inhalationsnarkosen, und operiere unter Lokalanästhesie. — Lässt sich die Allgemeinnarkose nicht umgehen, so bevorzuge man Aether und kürze die Narkose tunlichst ab (Aetherrausch). — Auch ist hierbei eine gewissenhafte Individualisierung der Fälle durchaus anzuempfehlen; bei zaghaften und sehr erregbaren Personen würde Ref. die Gefahren einer allgemeinen Narkose weniger hoch anschlagen, als jene eines dauernden hohen psychischen Erregungszustandes der durch eine ohne Betäubung ausgeführte Operation geschaffen wird.

2) Man operiere früh am Morgen, um die physiologische Periode des Hungerns (während der Nachtstunden) nicht unnötig zu verlängern.

3) Alle Schädlichkeiten, die notwendig mit der Operation verknüpft sind; wie z. B. Abkühlung, Blutverlust; eventuelle Berührung mit chemisch-differenten antiseptischen Flüssigkeiten und drgl. — müssen vom Pat möglichst ferngehalten werden.

Nach ausgeführter Operation.

1) Für eine längere Reihe von Tagen ist absolute Ruhe und Schonung für den Operierten ein dringendes Erfordernis.

2) Auf das strengste ist darauf zu achten, dass Pat. nicht ohne Nahrungs- und besonders nicht ohne Flüssigkeitszufuhr gelassen werde (Rumpf). Schon aus diesem Grunde hat eine Aethernarkose einen grossen Vorzug gegenüber der Chloroformnarkose; der Kranke erholt sich bekanntlich nach der ersteren viel rascher und das nach dem Chloroform so lästige andauernde Erbrechen fällt nach ihr meist fort.

3) Die Einverleibung grösserer Alkaligaben ist noch längere Zeit durchzuführen.

Bei Eintritt des Koma diabeticum, — in den Fällen, wo sich dieses trotz aller angewandten Vorsichtsmassnahmen nicht hat verhüten lassen — sieht es mit unserem therapeutischen Können und mit der Prognose für den Operierten sehr schlimm aus. Sofortige Einverleibung von Alkali auf sämtlichen Zufuhr wegen (per os, per anum, subkutan und selbst intravenös) könnte noch am meisten Erfolg versprechen. Mit der Dosierung sei man natürlich sehr dreist. (Naunyn gab bis 150 gr. Na. bicarbon. pro die).

Aus eigener Erfahrung rät Refer. eine einmalige gründliche Darmreinigung mittelst Abführmittel und Klystier an (Schmitz, v. Noorden und Andere).

Mit Excitantien, Herztonica und Roborantien darf, natürlich, auch nicht gespart werden. Doch wird der Chirurg mit allen diesen Mitteln wenig Erfolge erzielen; die Beseitigung eines bereits manifest gewordenen Koma diabeticum postoperativum ist bisher nur in ganz vereinzelten Fällen geglückt, alles Heil beruht auf der Vorbeugung desselben.

(Autoreferat).

Die Diskussion wird verlegt.

Direktor: W. Kernig.
Sekretär: Wold. Fick.

*) Referent ist nun freilich keineswegs dieser Ansicht, und hat unlängst Gelegenheit gehabt, im hiesigen paediatrischen Vereine seine abweichenden Erfahrungen auf diesem Gebiete mitzuteilen, cf. Э. А. Гейкингъ: О сахарномъ мочеизнуреніи въ дѣтскомъ возрастѣ. — Врачебный Вѣстникъ, 1905, №№ 18—20.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— An der Berliner Universität werden sich der «Neuen politischen Korresp.» zufolge, in der medizinischen Fakultät in der nächsten Zeit mehrere wichtige Personalveränderungen vollziehen. Einige Koryphäen der medizinischen Wissenschaft, auf die die Berliner Hochschule besonders stolz sein kann, beabsichtigen ihre Lehrtätigkeit aufzugeben, nicht deshalb, weil sie sich dieser nicht mehr gewachsen fühlen, denn alle walten ihres Amtes noch in voller Frische, sondern um jüngeren bewährten Kräften Platz zu machen. Mit dem Rücktritt des berühmten Klinikers Prof. Dr. E. v. Leyden scheint man sicher rechnen zu müssen. Ebenso spricht man von dem hervorragenden Gynäkologen Prof. Dr. Olshausen, dass er noch im laufenden Semester vom Lehramt zurücktreten wolle. Endlich soll auch unser illustrer Landsmann, Prof. E. v. Bergmann, die bestimmte Absicht geäussert haben, schon in diesem Herbst mit dem 70. Lebensjahre, das er am 4./17. Dezember erreicht, seine Vorlesungen einzustellen. Wie verlautet, dürfte er aber bewogen werden, mit Rücksicht auf die 25-jährige Jubelfeier der von ihm geleiteten Klinik bis zum Frühjahr zu bleiben.

— Der als Augenarzt bekannte Herzog Dr. Karl Theodor in Bayern vollendete in der vorigen Woche sein 67. Lebensjahr. Er hat sich in der letzten Zeit mehr von der Ausübung seiner augenärztlichen Praxis zurückgezogen und überlässt die Operationen in der Regel seinem Assistenzarzt Hofrat Dr. Zenker.

— Aus Heidelberg wird gemeldet, dass der bekannte Kliniker Professor Dr. Wilhelm Erb, Direktor der dortigen

medizinischen Klinik und Ordinarius für spezielle Pathologie und Therapie, zum Schluss des nächsten Wintersemesters von beiden Aemtern zurücktreten wird. Prof. Erb vollendet im November d. J. sein 66. Lebensjahr.

— Zum Professor der Ophthalmologie und Leiter der Abteilung für Augenkrankheiten an dem Klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna ist, an Stelle des verstorbenen Professors Kostenitsch, der Privatdozent der militär-medizinischen Akademie und Assistent der Klinik Wylie Dr. Dolganow ernannt worden.

— Der verabschiedete wirkliche Staatsrat Dr. Hermann Garfinkel, Ehrenkonsultant der Maximilian-Heilanstalt, ist für besondere Verdienste um diese Heilanstalt für ambulante Kranke der Gesellschaft des Roten Kreuzes zum Geheimrat befördert worden.

— Ordensverleihungen: Der St. Wladimirorden III. Klasse — dem ehemaligen Bevollmächtigten des Roten Kreuzes im Transbaikalrayon, Gouvernements-Medizinalinspektor von Kiew Dr. Xenophon Ssulima. Der St. Stanislausorden II. Klasse — dem Assistenten der Augenklinik des weiblichen medizinischen Instituts Dr. Merz.

— Der Lemsalsche Stadtarzt Dr. Samuel Gröhn ist nach 26-jährigem Dienste in diesem Amte auf sein Gesuch verabschiedet worden.

— Zum Direktor des nach den Weisungen des verstorbenen Dr. K. Horn im Alexander-Park erbauten orthopädischen Instituts ist der Privatdozent der militär-medizinischen Akademie Dr. Robert Wreden ernannt. Das genannte Institut ist dem Ministerium des Innern unterstellt worden.

— Professor Dr. v. Eiselsberg (Wien) hat die Blinddarmoperation glücklich überstanden und das Sanatorium des Dr. Fürth bereits verlassen. Er ist zur Erholung nach Steiermark gereist. Für die Zeit seiner Abwesenheit ist sein zweiter Assistent Dr. v. Haberer mit der Leitung der I. chirurgischen Klinik betraut worden.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 31. Juli in Oranienbaum der Konsultant des Kronstädter Marinehospitals Dr. Jakob Multanowski im 50. Lebensjahre. Der Hingeschiedene, welcher sich speziell mit der Chirurgie beschäftigte, ist fast 25 Jahre als Arzt tätig gewesen. 2) Am 12. Juli auf der Station Adrianowka im Transbaikalgebiet der Eisenbahnarzt Alexander Sheshelenko im Alter von 50 Jahren während des Krankenempfanges an Apoplexie. Nach Absolvierung des Kursus in Kiew war Sh. Landschaftsarzt in Taurien, dann Ordinator an der Irrenanstalt in Ssaratow und seit dem vorigen Jahre Arzt an der Transbaikalbahn. Während des letzten Krieges leitete er ein Lazarett des Roten Kreuzes in Irkutsk. Der Verstorbene hat seine Frau mit vier Kindern ganz mittellos hinterlassen. 3) Der Divisionsarzt der 44. Inf.-Division Konstantin Pissemski im 54. Lebensjahre nach 30-jähriger ärztlicher Tätigkeit. Im letzten russ.-japanischen Kriege fungierte er als Oberarzt des Feldreservehospitals Nr. 1 in Port-Arthur. 4) In Plozk der dortige Kreisarzt Dr. Camillus Beresa im 55. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher seit 1876 die ärztliche Praxis ausgeübt hat, war in der letzten Zeit auch Viezepräses der örtlichen medizinischen Gesellschaft.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Die Zahlung für das Recht zum Universitätsbesuch ist, wie wir neulich mitteilten, nach dem neuen vom Ministerium der Volksaufklärung ausgearbeiteten Statutenentwurf für die Unversitäten von 25 Rbl. auf 40 Rbl. pro Semester erhöht. Mit der Entrichtung der erhöhten Zahlung für den Universitätsbesuch sollen aber alle Zahlungen des Hörers an die Universität (also auch die Kollegiengelder zum Besten der Professoren) erledigt sein, — so dass die Gesamtsumme, die der Student bei der Universität einzuzahlen hat, nicht nur nicht erhöht, sondern umgekehrt auf 80 Rbl. jährlich herabgesetzt werden wird, während die bisherige Zahlung 100 Rbl. jährlich betrug.

— Die in Moskau projektierten höheren weiblichen Kurse sollen nach dem Statutenentwurf 3 Fakultäten haben: eine historisch-philosophische, eine physiko-mathematische und eine medizinische Fakultät. Der Kursus in der medizinischen Fakultät ist auf 6 Jahre festgesetzt. Aufnahme in diese Fakultät können alle Absolventinnen der weiblichen Gymnasien ohne Ergänzungsprüfung finden. Kenntnis der lateinischen Sprache wird nicht verlangt! Die Zahlung der Hörerinnen beträgt 150 Rbl. jährlich.

— Die Bestätigung der Wahl des ordentlichen Professors der Prager deutschen Universität Dr. Hans Chiari zum ordentlichen Professor der pathologischen Anatomie und Direktor des pathologischen Instituts an der Universität Strassburg (als Nachfolger Prof. v. Recklinghausens) ist neuerdings erfolgt.

— Professor extraord. Dr. Otto Sarvey, erster Assistenzarzt der Tübinger Frauenklinik, hat den Ruf nach Rostock als Leiter der dortigen Frauenklinik und der Landes-Hebammenanstalt (an Stelle des zurückgetretenen Prof. Schatz) angenommen.

Standesangelegenheiten.

— Vor dem Moskauer Militär-Bezirksgericht gelangte in der vorigen Woche der Prozess gegen den Militärarzt Blancher de la Roche und die Feldschern Matrossow und Nikow zur Verhandlung, von denen, wie wir bereits meldeten, der Erstgenannte angeklagt war, den General Ssinelnikow per Telephon mit dem Tode bedroht zu haben, und die beiden Feldschern die Entfernung einiger an der Spitze der Verwaltung des Hospitals stehenden Personen, sowie die Verbesserung der Lage der Militärfeldschern verlangt hatten. Die beiden Feldschern wurden vom Gericht freigesprochen, während die Sache des Arztes zurückgestellt wurde, um ihn auf seinen Geisteszustand untersuchen zu lassen.

— Im Kirchdorfe Arkadak (Gouv. Saratow) ist der dortige Landschaftsarzt Gr. Berditschewski der beschuldigt wird, einen Streik der dortigen Landarbeiter organisiert zu haben, arretiert worden.

— In der Nacht auf den 13. Juli hat sich, der «Peterb. Gaseta» zufolge, im Polizeigebäude von Wassili-Ostrow hierselbst die Studentin der Medizin M—ow, welche wegen Verdachts der Teilnahme an einem politischen Verbrechen verhaftet worden war, erschossen. (R. Wr.)

— Im städtischen Alafusowhospital hat sich die Aufregung unter dem niederen Personal gelegt (obschon die Mehrzahl der Forderungen desselben unbefriedigt geblieben ist), nachdem die Anstifter der Unruhen unschädlich gemacht worden sind. Es wurden nämlich auf administrativem Wege als Agitatoren im Hospital einem dreimonatigen Arrest folgende Personen unterzogen: Die Volksschullehrerin A. W. Dolinina (für die Organisation eines Meetings im Hospital), der Student G. G. Gutkin, S. W. Wyssozkaja, der Desinfektor P. Jefimow, der Bote G. Boborykin, der Bütettier N. Afanasjew, sowie 6 Hospitaldiener.

— Der «Kurländischen Gouv.-Ztg.» zufolge, werden unter anderen folgende Personen, die an den revolutionären Umtrieben teilgenommen haben, polizeilich gesucht: aus Bauske der freipraktizierende Arzt Neuberg und dessen Bruder, der Student Alex. Neuberg, sowie aus Doblen der Veterinärarzt Linith.

— Vakanzen. In der «Nordlivl. Ztg.» finden wir nachstehende zwei Bekanntmachungen: 1) Suche einen unverheirateten Kollegen (Fixum 1200 Rbl. nebst freier Station), einen Feldscher (40 Rbl. monatlich bei freier Station) und eine Masseuse für eine Wasserheilanstalt. Meldung nebst Curriculum vitae an: Д-ръ В. Шиндлеръ въ Александровскъ, Екатер. губ., Кичкасская больница. 2) Deutscher Arzt und eine Masseuse für eine Wasserheilanstalt gesucht. Александровскъ, Екатер. губ., Вилерну — Александрабадъ.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— In den Vorstand der hiesigen Russischen chirurgischen Pirogow-Gesellschaft sind für das nächste Vereinsjahr gewählt worden: Zum Präses — der Privatdozent Dr. G. Zeidler, zum Vizepräses — Prof. Dr. S. Fedorow, zum Kassierer — Dr. W. Senenko, zu Sekretären — die DDr. P. Buchmann und N. Petrow und zum Bibliothekar — Dr. A. Woinitsch-Sjanoshenski. (R. Wr.)

— Der V. internationale geburtshülflich-gynäkologische Kongress, welcher im September 1905 in St. Petersburg tagen sollte, wegen des Krieges aber auf den Herbst dieses Jahres verschoben wurde, kann wegen der inneren Unruhen im Reiche auch an diesem Termin nicht stattfinden und ist jetzt vom Organisationskomittee, in Uebereinstimmung mit den Repräsentanten der ausländischen Teilnehmer — auf die Zeit vom 29. August bis 5 September 1907 verlegt worden.

— Zum diesjährigen Naturforscher- und Aerztetag, welcher vom 3./16.--9./22. September in Meran stattfinden wird, sind die Einladungen zur Teilnahme bereits ergangen. Das spezielle Programm werden wir demnächst mitteilen.

Verschiedene Mitteilungen.

— Die allgemeine Landschaftsorganisation in Moskau, welche bekanntlich während des russisch-japanischen Krieges ein reich ausgestattetes Lazarett im Fernen Osten unterhielt, hat jetzt in Anbetracht des grossen Elends, in welches die Stadt Ssysran durch den grossen Brand geraten ist, beschlossen, eine Sanitätskolonne nach Ssysran zu senden und zur Ausrüstung derselben die vom russisch-japanischen Kriege übriggebliebenen Gelder, Medikamente und Wäsche zu verwenden. Das Personal der Kolonne wird aus dem Arzte Dr. P. Kaschtschenko, einem Feldscher und 2 barmherzigen Schwestern bestehen.

— Die neugegründete Berliner Gesellschaft für Geschichte der Naturwissenschaften und Medizin, über welche wir vor Kurzem berichteten, hat in wenigen Wochen aus Fachkreisen nahezu hundert Mitglieder in ihre Listen eingetragen, so dass ihr Bestand gesichert erscheint. Neuerdings ist noch, wie aus Berlin gemeldet wird, der Gesellschaft von befreundeter Seite, eine grössere Geldsumme zu alljährlicher Ausschreibung von Preisaufgaben als Geschenk überwiesen worden.

— Laut Verfügung des Medizinalrats ist der Engros-Verkauf der Heilsera seitens der Apothekermagazine nur an Krankenhäuser und Inhaber von Apotheken und Apothekermagazinen gestattet; an einzelne Privatpersonen dürfen die Heilsera aus den Apothekermagazinen jedoch nicht ohne ärztliche Verordnung abgelassen werden. (R. Wr.).

— Eine praktische Erfindung. Auf der zurzeit in Wien stattfindenden hygienischen Ausstellung ist ein Signalapparat zu sehen, der nach Prof. Pfaundlers Angabe hergestellt ist und aus einer elektrischen Klingel mit einem Trockenelemnt besteht. Sobald sich das Kind nass macht, wird die Leitung zwischen den an Windeln eingelegten Drahtnetzen hergestellt. Es ertönt ein Glockensignal — bis die Windeln entfernt werden. Nach der «Wiener med. Wochenschrift» ist der Apparat auch bei älteren Kindern verwendbar. Bf.



Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat · **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersb., Petb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 32 St. Petersburg, den 12. (25.) August. **1906.**

Ein Fall von Sclerodermia diffusa.

Von

Dr. O. Straume — Libau.

Die relative Seltenheit einer so ausgedehnten Sklerodermie, wie es der vorliegende Fall ist, möge die Veröffentlichung desselben rechtfertigen.

Anamnese. Patient B. T., 24 a. n., Kutscher, bemerkt seit etwa einem Monat, dass seine Haut hart geworden ist. Er fühlt sich in ihr wie eingezwängt und in seinen Körperbewegungen behindert. So könne er z. B. seine Arme und seinen Kopf nicht frei bewegen und den Mund nicht gut öffnen. Im Uebrigen fühle Patient sich ganz wohl, nur wenn er etwas mehr gegessen habe, erbreche er zuweilen.

Status praesens. Patient ist von kleinem Wuchs, kräftig gebaut und von gutem Ernährungszustand. Sichtbare Schleimhäute von normaler Farbe. Bei der Inspektion des Patienten bemerkt man, dass die Haut des grössten Teiles seines Körpers ein gespanntes, glattes Aussehen hat. Wenn man seine Haut betastet, so fühlt sie sich ungewöhnlich hart und dick an und lässt sich nicht in Falten erheben. Diese abnorme Hautbeschaffenheit erstreckt sich über den ganzen Rumpf, den Hals, die unteren Partien des Gesichts, auf die Oberarme und die Oberschenkel, also auf die zentralen Teile des Körpers. Peripherwärts verliert sich allmählich die sklerotische Beschaffenheit der Haut und geht in die normale Haut der Vorderarme, Unterschenkel, der oberen Teile des Gesichts und des Kopfes über. Farbe, Temperatur, Sensibilität der Haut scheinen nicht wesentlich alteriert. Die Arme kann Patient nur bis zur Horizontalen erheben, den Mund kann er nicht vollkommen öffnen, aber doch soweit, dass er in der Nahrungsaufnahme nicht behindert ist. Die Bewegungen der unteren Extremitäten sind ziemlich unbeschränkt. Von Seiten der inneren Organe nichts Abnormes. Harn eiweiss- und zuckerfrei.

Patient wurde etwa 8 Wochen lang im Libauschen Stadtkrankenhause behandelt, zwar mit vorübergehend palliativem, aber nicht bleibendem Erfolg. Die Behandlung bestand in der Anwendung von Jodkali, salicylsaurem Natron und Salol innerlich, ferner in Massage, warmen Bädern und subkutanen Injektionen von Thiosinamin und Fibrolysin. Als wirksam erwiesen sich nur protahierte warme Bäder und subkutane Injektionen von Thiosinamin. Im warmen Bade fühlte sich Patient wohl, seine Haut wurde geschmeidiger und die Bewegungen seiner Glieder leichter. Ebenso waren Thiosinamininjektionen (Thiosinamini 2,0, Glyzerin 4,0, Aq. destill. 20,0. Jeden zweiten Tag eine Pravaz-Spritze subkutan) von einem Erfolg für paar Stunden begleitet. Erwähnt sei noch, ohne aber daraus ein endgültiges Urteil abzuleiten, dass subkutane Injektionen von Fibrolysin, einem neueren Thiosinaminpräparat, welches in zugeschmolzenen Originalglasampullen in den Handel kommt, Abszesse verursachten, während die vom Apotheker bereitete Thiosinaminlösung gut vertragen wurde. Während der Behandlung bekam Patient vorübergehend Schmerzen beim Urinieren und Haematurie.

Eine Besonderheit dieses Falles wäre — die Richtigkeit der Angaben des Kranken vorausgesetzt — die, dass die Krankheit vom Patienten unbemerkt diese Ausdehnung erlangt hat, den Kranken gleichsam mit ihrer Gegenwart überrascht hat.

Irgend welche Anhaltspunkte zur Klärung dieses in seiner Pathogenese noch nicht ganz aufgeklärten Krankheitsbildes bot der Fall nicht. Ob die Haematurie und das schmerzhafte Urinieren mit der Sklerodermie zusammenhängt oder Folge der therapeutischen Eingriffe war oder endlich eine Störung sui generis darstellte, lasse ich dahingestellt.

Die Aetiologie dieser Krankheit, die anatomisch im Wesentlichen in einer Hypertrophie des collagenen Gewebes der Haut und der Subkutis besteht (Jarisch, Hautkrankheiten), ist noch nicht ganz klar. Von den Autoren werden zu ihr in Beziehung gebracht: angio-

oder trophoneurotische Einflüsse, Gefässveränderungen (Endarteriitis), autotoxische Ursachen (Anomalien der Schilddrüse), Kälteeinwirkungen, Traumen, Nervenshock, Infektionskrankheiten u. A.

Therapeutisch wird, ausser den Mitteln, die im vorliegenden Falle angewandt wurden, noch empfohlen: konstanter und faradischer Strom, Galvanisierung des Sympathikus, Elektrolyse (besonders bei cirkumskripten Sklerodermien), Schilddrüsenpräparate.

Doch wird man bei der Beurteilung der Wirkung der einzelnen Heilmethoden berücksichtigen müssen, dass die Sklerodermie, besonders im ersten Stadium, zuweilen auch spontan heilt und man wird sich des Ausspruches Sternthals erinnern müssen: „Die Sklerodermia heilt spontan oder sie heilt garnicht".

Prognostisch sind die cirkumskripten und kleinere Hautbezirke betreffenden Sklerodermien günstiger als die diffusen und grosse Hautgebiete ergreifenden Fälle.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Jahresbericht über die Fortschritte der inneren Medizin im In- und Auslande. Unter Mitwirkung zahlreicher Fachgelehrten. Herausgegeben von Prof. W. Ebstein, redigiert von Dr. E. Schreiber. Bericht über das Jahr 1901. Zwei Bände. 3. und 4. Heft. Verlag von Ferd. Enke in Stuttgart. Preis pro Heft 4 Mark.

Die Redaktion des Jahresberichts ist — soweit sich nach den erschienenen Heften urteilen lässt — ihrer Aufgabe, ein möglichst vollständiges Verzeichnis aller wissenschaftlichen Arbeiten aus dem Gebiete der inneren Medizin mit Einschluss der Kinderkrankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten zu bringen und in bündigen Referaten alle wirklichen Fortschritte auf dem einschlägigen Gebiete zu registrieren, in erfreulicher Weise gerecht geworden. Die Berichterstattung ist überall erfahrenen, mit der Literatur wohlvertrauten Fachgelehrten des betreffenden Landes anvertraut und, was für den Praktiker wertvoll ist, es hat in den Referaten die Therapie eine besondere Berücksichtigung gefunden. Die uns vorliegenden Hefte behandeln die Erkrankungen der Pleura und der Zirkulationsorgane, die Affektionen des Mediastinums und der Verdauungsorgane, sowie den Anfang der Erkrankungen der Leber. Jedem Kapitel ist ein ausführliches Literaturverzeichnis vorangeschickt und in dankenswerter Weise auch die Literatur des Auslandes herangezogen worden.

Wie die Redaktion in einem Avis an die Leser mitteilt, hat sie es für nützlich gehalten, ihre Jahresberichte mit dem ersten Jahr des laufenden Jahrhunderts zu beginnen, zugleich aber beschlossen, dem Jahrgang 1901 unmittelbar den Jahrgang 1904 folgen zu lassen. Sie behält sich jedoch vor, bei genügender Beteiligung am Abonnement die Jahrgänge 1902 und 1903 folgen zu lassen.

Bernhoff.

F. Dörbeck: Geschichte der Pestepidemien in Russland von der Gründung des Reiches bis zur Gegenwart. (Исторія чумныхъ эпидемій въ Россіи съ основанія государства до настоящаго времени. Д-ра мед. Ф. А. Дёрбекъ). St. Petersburg 1905. (russisch), 8°, 385 Seiten.

«Die Geschichte der Epidemien .... bildet zugleich einen Teil der Geschichte der Zivilisation». Mit diesen einleitenden Worten charakterisiert der Verfasser seine Stellungnahme zu der Aufgabe, deren Ausführung er volle 5 Jahre Arbeit gewidmet hat. Und in der Tat ist das Resultat dieser Arbeit ein historisches Werk, welches, gleichweit entfernt von dürrer Aufzählung als von Breitmalerei, den Bedürfnissen des Mediziners wie denen des Kulturhistorikers gerecht wird.

Vor Allem hat Verfasser es sich angelegen sein lassen, bei der Sammlung des erforderlichen Materials nicht nur die bereits vorhandenen Geschichtswerke kritisch zu verarbeiten sondern vielmehr so weit als möglich auf die Urquellen zurückzugehen. Hier kommen in erster Linie die von der archeographischen Gesellschaft zusammengetragenen und seit 1846 in einer besonderen Sammlung erscheinenden «Annalen» (die ältesten russischen Schriftdenkmäler) in Betracht, ferner die verschiedenen noch erhaltenen Gesetzsammlungen, historische Aufzeichnungen und Reiseberichte von Zeitgenossen, welche zum grossen Teil bibliographische Seltenheiten darstellen, endlich in weitem Umfange die ausländische Literatur, insofern sie nämlich Bezug hat auf die Vorgänge in denjenigen Gebieten, welche allmählich in das gegenwärtige russische Reich aufgegangen sind.

Eine weitere wichtige und zum Teil sehr schwierige Aufgabe erwuchs dem Verfasser aus der Notwendigkeit, in einzelnen Fällen festzustellen, in wieweit die Angaben über Epidemien, besonders der ältesten Zeit auf die Geschichte der Pest bezogen werden dürfen. Nicht immer finden sich in den Berichten Andeutungen über das Wesen der Epidemie, welche sich als Symptome der Pestpneumonie oder der Bubonenpest deuten liessen, und selbst die besser erforschte Geschichte der Epidemien in den Nachbarstaaten bietet bei weitem nicht für jede Periode genügende Anhaltspunkte zu mehr oder weniger bindenden Rückschlüssen. Es bleibt mithin ein Rest von Volkseuchen, über deren wahre Natur der Verfasser zu keinem abschliessenden Urteil hat kommen können. Das Gesagte bezieht sich besonders auf den Zeitabschnitt von der Gründung des Reiches bis zur Mitte des XIV. Jahrhunderts. Wenn Verf. diese Epidemien trotzdem mit dem nötigen Vorbehalt in seinem Werke berücksichtigt hat, so werden ihm zukünftige Forscher dafür jedenfalls nur Dank wissen.

Der Uebersichtlichkeit halber ist das Werk in Kapitel geteilt, deren jedes meist ein Jahrhundert umfasst und seinerseits wieder nach der Zahl der einzelnen Epidemien in Unterabschnitte zerfällt. Diese Scheidung ist jedoch nur eine äusserliche; der Verfasser hat nicht nur selbstverständlich dem epidemiologischen Zusammenhange der einzelnen Pestausbrüche (so weit ein solcher bestand) Rechnung getragen, sondern auch durch alle Perioden hindurch den roten Faden der Kulturentwickelung gewoben. Vor den Augen des Lesers entrollt sich ein fortlaufendes Panorama, beginnend mit der Panik eines in primitivsten Kulturverhältnissen lebenden, abergläubigen Volkes, welches rat- und hilflos den Zorn seines Gottes durch Tempelbauten zu besänftigen sucht, bis zu den raffinierten Maassnahmen unserer Tage, mit ihren telegraphischen Meldungen, bakteriologischen Diagnosen, Absperrungen, Desinfektionen, Serumeinspritzungen, Schutzimpfungen.

Wird durch diesen Umstand das Buch zum Gegenstande einer fesselnden Lektüre, so liegt doch naturgemäss sein Hauptwert in der Fülle der mitgeteilten epidemiologischen Tatsachen. Es ist nur zu bedauern, dass es nicht ohne Weiteres den Fachmännern des Westens zugänglich ist. Zweifellos würde der Verfasser, wenn er sich entschlösse, sein Werk ins Deutsche oder Französische zu übertragen, auf volles Verständnis von Seiten der Verleger stossen.

Für den Fall der Verwirklichung dieses Vorschlages sei auf 2 Erweiterungen hingewiesen, welche dem Werke durchaus zum Vorteil gereichen müssten. Erstens würde eine Karte des russischen Reiches, welche die in dem Text erwähnten Ortsnahmen trägt, das Verständnis gewisser Abschnitte in hohem Maasse erleichtern. Zweitens wird fraglos ein spezielles bibliographisches Kapitel von allen denen als grosse Annehmlichkeit empfunden werden, welche das Werk zu weiteren Arbeiten benutzen wollen. Abgesehen davon, dass das Aufsuchen eines zitierten Werkes oder Dokumentes in einem Literaturverzeichnis bedeutend leichter ist, als das Durchblättern zahlloser Fussnoten mit dem rückverweisenden «l. c.», so giebt ein solches Kapitel dem Verfasser auch noch Gelegenheit, Angaben über den Standort bibliographischer Seltenheiten, Notizen kritischen Charakters, sowie anderweitige wissenswerte (jetzt in den Fussnoten zerstreute) literärische Bemerkungen dem Leser im Zusammenhange zu bieten.

Den der russischen Sprache mächtigen Aerzten und Historikern sei hiermit das Dörbeck'sche Werk auf das Angelegentlichste empfohlen.

A. Wladimiroff.

Protokolle des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1346. Sitzung am 10. April 1906.

1. Hörschelmann trägt zu dem von ihm in der vorigen Sitzung mitgeteilten Krankheitsfalle nach, dass derselbe vom Kollegen Peters für Meningismus erklärt worden sei. Was den weiteren Verlauf der Krankheit anbetrifft, so lässt sich eine stetig fortschreitende Besserung konstatieren, namentlich gehen die Paresen und die Ataxie gut zurück, doch auch die Sprache macht Fortschritte.

2. Diskussion über den Vortrag Dr. Heukings «Ueber den Diabetes mellitus und seine Beziehungen zur Chirurgie». (cf. Protokoll der vorigen Sitzung).

Fick hat ein Mal das Auftreten von Coma diabeticum nach einer Operation beobachtet. Es handelte sich um einen ganz geringfügigen Eingriff wegen einer Paronychie an der grossen Zehe.

Bezüglich des Wundverlaufes betont Fick, dass er keine wesentliche Abweichungen vom Gewöhnlichen an Diabetikern beobachtet habe. Die Amputationswunden nach Gangrän der Extremitäten heilen, sofern die Operation in nicht entzündetem und infiziertem Gewebe vorgenommen wurde, ebenso glatt, wie bei nicht diabetischen Kranken. Allerdings ist die Beobachtung strenger Asepsis anzuempfehlen und die Wunde womöglich vollständig durch Naht zu schliessen, da bei länger dauernder Tamponade eine Infektion nicht mit Sicherheit zu vermeiden ist.

Blessig fragt, ob die Chirurgen auch jetzt noch den Wundverlauf durch Diabetes für gefährdet hielten. In der Ophthalmologie fürchte man den Diabetes in dieser Hinsicht nicht mehr, da die am Auge gesetzten Wunden bei Cataracta diabetica im Allgemeinen keinen ungünstigeren Verlauf nehmen als bei Operationen an gesunden Menschen.

Heuking: Früher fürchtete man allerdings in erster Linie die Störungen des Wundverlaufes, bei denen man dem Diabetes eine wichtige Rolle zuschrieb. Doch ist diese Furcht immer mehr geschwunden, seit die Bakteriologie festgestellt hat, dass bei Diabetikern keine irgendwie spezifischen Infektionen drohen, sondern die allbekannten pyogenen Bakterien eine Rolle spielen mit dem Unterschiede, dass sie durch den Zuckergehalt des Blutes einen günstigeren Nährboden finden mögen.

Die Komplikationen des Wundverlaufes sind jedenfalls viel weniger zu fürchten als das Auftreten des Coma diabeticum nach Operationen, dessen Häufigkeit entschieden unterschätzt werde. Allein die Chloroform- und Aethernarkose bedinge beim Diabetiker eine wesentliche Gefahr, werde doch auch der Stoffwechsel des vollkommen normalen Menschen durch Chloroform in diabetische Bahnen abgelenkt. Trotz der grossen Gefahr von Seiten des Chloroforms könne man aber nicht ganz auf die Narkose verzichten, da bei den Operationen ohne allgemeine Anästhesie die psychische Erregung als schwer schädigendes Moment in Aktion trete. Es gilt also auch hier zu individualisieren.

Kernig fragt ob es nicht üblich sei in Fällen, wo eine Operation aufschiebbar ist, durch entsprechende Diät die Zuckerausscheidung vor der Operation zum Schwinden zu bringen resp. nach Möglichkeit herabzusetzen.

Heuking: Derartige Versuche sind jedenfalls berechtigt, doch ist jedes brüske Verfahren zu vermeiden, da die Kranken leicht in ihrer Widerstandsfähigkeit noch mehr geschädigt werden. Während der Vorbereitung zur Operation ist es namentlich gefährlich die Quantität der Nahrung stark herabzusetzen.

3. Germann: Ueber Augenstörungen während der Schwangerschaftsperiode.

Diskussion:

Dobbert: Wenn die Indikation zur Einleitung des künstlichen Abortes resp. der Frühgeburt nicht von gynäkologischer Seite, sondern von Kollegen anderer Spezialitäten aufgestellt wird, so ist es dringend erwünscht, dass dieselben diese ihre Indikationsstellung womöglich schriftlich motivieren. Die Einwilligung des Ehemannes der Patientin ist auch unbedingt erforderlich.

Blessig: Nicht nur die urämische Amaurose, sondern auch die Retinitis albuminurica kann eine strikte Indikation zur Einleitung des Abortes und der Frühgeburt abgeben. Von diagnostischem Interesse ist der letzte von Germann referierte Fall insofern als die Retinitis albuminurica unter dem Bilde der Neuritis optica auftrat, wobei nur spärliche Eiweissmengen im Urin ausgeschieden wurden. Trotzdem hat es sich aber zweifellos um eine Retinitis albuminurica gehandelt.

Mit der von Germann geschilderten Indikationsstellung ist Blessig vollkommen einverstanden.

Masing fragt nach den Bedingungen, unter denen die Einleitung des Aborts resp. der Frühgeburt vom Gesetz gestattet wird. Genaue gesetzliche Bestimmungen sind dringend nötig gegenüber der Leichtfertigkeit, die häufig bei der Indikationsstellung zur Einleitung des künstlichen Abortes zu Tage tritt. Es ist ferner zu bedenken, dass der künstliche Abort und Frühgeburt für die Mutter keine gleichgültigen oder ungefährlichen Eingriffe bedeuten.

Dobbert: Zur Entscheidung der Frage ob ein künstlicher Abort berechtigt ist oder nicht, ist ein Consilium von drei Aerzten erforderlich. Der künstliche Abort im Beginne der Schwangerschaft kann wohl als ungefährlich für die Mutter bezeichnet werden, während die Einleitung einer künstlichen Frühgeburt einen durchaus nicht gleichgültigen Eingriff darstellt.

Germann: Das Gesetz gestattet die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft, wenn Lebensgefahr für die Mutter besteht. Diese Grenze ist entschieden zu eng gezogen und die Unterbrechung der Schwangerschaft durchaus berechtigt, wenn bei Fortdauer derselben der Mutter schwere Schädigungen der Gesundheit drohen wie etwa Verlust der Sehkraft.

4. Dr. Hoerschelmann demonstriert das Herz und die Lungen eines 6-jährigen Mädchens, welches am 28. Jan. 1906 in das Nikolai-Kinderhospital aufgenommen wurde. 2 Wochen vorher erkrankte Pat. mit Frostanfall, Uebelkeit und Fieber, dann stellten sich Husten und Atemnot ein. Pat. ist von grazilem Körperbau, befriedigender Ernährung. Herzgrenzen rechts und oben normal, links geht die Dämpfung in die Lungendämpfung über. Herztöne rein, schwach, Spitzenstoss weder fühl- noch sichtbar. Puls 140. Tp. leicht erhöht. Die Lungen gaben hinten oben sonoren Schall, rechts vom Angulus scapulae, links etwas niedriger beginnend absolute Dämpfung. Oben unbestimmtes und scharfes Atmen, unten kein Atemgeräusch. Stimm- und Pectoralfremitus stark abgeschwächt. Leib etwas aufgetrieben, Leber überragt um 2 Fingerbreit den Rippenbogen, Milz nicht vergrössert.

Am 30. Jan. pericarditisches Reibegeräusch.

31. Jan. Herz vergrössert, oben bis zum 1. Intercost.-Raum, rechts bis zur Parasternal-Linie, links geht die Dämpfung in die Lungendämpfung über; das zuerst ein wenig nach innen vor der linken Mamilla hörbare pericardiale Reiben verbreitet sich allmälig über das ganze Herz. Am 5. Febr. Herzgrenzen etwas kleiner, rechts bis zum rechten Sternalrand, links 1½ Finger nach aussen von der Mamilla. Die Dämpfung links hinten hat bedeutend abgenommen, am 7. Febr. ist sie fast ganz verschwunden, während sie sich rechts hält. Das pericard. Reiben wurde immer schwächer, war am 19. Febr. nicht mehr zu hören, jedoch bleibt das Herz nach links leicht vergrössert. Am 12. März wurde Pat. bei relativem Wohlbefinden ausgeschrieben; links hinten Dämpfung völlig geschwunden, rechts bis zum Angul. scapulae.

Am 22. März trat Pat. wieder in das Hospital ein und zwar in höchst desolatem, Zustand. Starke Atemnot, Hände und Füsse stark cyanotisch, Lippen livid. Herz nach allen Dimensionen vergrössert, die Grenzen finden sich nicht bei Lageveränderungen, Töne rein, aber sehr schwach, Puls kaum zu fühlen. Hinten beiderseits bis zur Mitte der Scapula gedämpft. Leib stark aufgetrieben, deutlicher Ascites. Unter den Erscheinungen der Herzinsufficienz tritt am 1. April der Exitus letalis ein.

Sektion am 3. April.

Leichter Anasarca. In der rechten Pleurahöhle c. 2 Pfund serös. fibrinöser eitriger Flüssigkeit (viel fibrinöse Gerinnsel, wenig Eiter), in der linken Pl.-Höhle c. 1 Pfund ebensolcher Flüssigkeit. Beide Lungen atelectatisch, hyperämisch, rechte Lunge stark adhärent. Unter der Pleura und in der rechten Lunge einzelne kleine kaseöse Herde; ebensolche vereinzelte Herde teils auf dem Diaphragma, teils in der Pleura costalis.

Beide Pericardialblätter fest mit einander verlötet, so dass es nur mit einiger Gewaltanwendung gelingt, sie zu lösen. Hierbei findet sich hinten zwischen den fibrösen Schwarten noch seröse Flüssigkeit in geringer Menge und war die Verlötung der pericard. Blätter keine so vollständige. Besonders verdickt erscheint das perietale Blatt durch massige fibrinöse Auflagerungen; beim Durchschnitt sind diese stellenweise käsig entartet. Entsprechend dem rechten Vorhof vorn zeigt sich eine vergrösserte, käsig entartete Lymphdrüse, die mit dem pariet. Blatt des Pericard. verlötet ist. Beim Durchschneiden derselben erweist es sich, dass das Innere in eine Höhle verwandelt ist mit verflüssigtem Inhalt; diese Höhle

ist in das Pericardium durchgebrochen und steht durch eine trichterförmige Oeffnung in direkter Verbindung mit der Pericardialhöhle (sog. Herzbeutelfistel). Herz selbst nicht wesentlich vergrössert, Oberfläche bedeckt mit festen fibrösen Belägen. Herzmuskel gelblich verfärbt, zerreisslich, Klappen intact. Parietal. Blatt des Pericardium's mit den Lungen verlötet. Die übrigen Bronchialdrüsen meist vergrössert, aber sonst normal, nicht verkäst.

In der Bauchhöhle c. 4 Pfund serös-eitriger Flüssigkeit (wenig Eiter, auch wenig Fibringerinnsel). Peritoneum glänzend, ebenso die Serosa der Därme, diese, namentlich des Dünndarms, hyperämisch. Keine Verlötungen, keine Tuberkelknoten zu finden. Stauungsleber.

Interessant ist in diesem Fall der verhältnissmässig selten vorkommende Durchbruch einer verkästen Bronchialdrüse in die Pericardialhöhle, der die Veranlassung zur Entwickelung der adhäsiven Pericarditis abgab. Von dieser einen Bronchialdrüse war der tuberkulöse Prozess ausgegangen und hatte derselbe dann in relativ kurzer Zeit die grossen serösen Höhlen ergriffen.

(Autoreferat).

Direktor: W. Kernig.
Sekretär: Wold. Fick.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 1. März 1906.

P. 1. Dr. Brutzer hält seinen angekündigten Vortrag: Mitteilungen aus dem Militärhospital zu Charbin (soll anderweitig erscheinen im Druck).

Zu der von Dr. Brutzer erwähnten Skorbutfrage erwähnt Dr. Gadilhe, dass er ca. 20 Skorbutfälle in seinem Regiment gehabt hätte; er müsse an der infektiösen Natur des Skorbuts nach seinen Erfahrungen festhalten.

In Bezug auf Dysenterie giebt Dr. Bornhaupt seine Beobachtungen bekannt; er hat in seinem Lazareth sehr viele Sektionen von Dysenteriekranken gesehen und hat man stets 2 verschiedene Bilder gefunden, entweder die Form, welche Rötung und Schwellung der Darmschleimhäute zeigte, also mehr oberflächlicher verläuft, und bei welcher die Kranken an profusen Blutungen zu Grunde gehen, oder die andere Form, bei welcher es zu Ulcerationen kommt, welche meist im Rektum und in der Flexura S. vorkommen; in 2 Fällen liessen sich die Ulcera bis ins Coekum verfolgen. Diese 2. Form wird die amoeboide Form genannt.

Dr. Hampeln ist auch dafür, dass 2 Formen der Dysenterie unterschieden werden; es gebe eine epidemische Darmerkrankung, welche unter dem Bilde des Durchfalls verläuft und dann die amoeboide Form der Dysenterie, welche allein die Folgeerkrankungen der Dysenterie verursacht, wie z. B. die Leberabszesse.

Dr. Schabert möchte die von Dr. Brutzer geschilderten Fälle von Leberabszessen eher als eine Pyelophlebitis auffassen. Er selbst hat während seiner Dienstzeit unter den Truppen viele Fälle gesehen, welche unter dysenterieähnlichen Zuständen verliefen; er möchte diese Form jedoch nur als einen katarrhalischen Zustand des Darmes auffassen, hervorgerufen durch die hohe Temperatur; durch dieselbe trete eine Lähmung der Gefässe ein, wodurch wieder eine Schädigung der Leber, die Folge davon dann der acholische Stuhl und zuletzt die schleimigen Stühle; mit dem Nachlassen der heissen Temperatur hörten die Katarrhe bald auf. Das Fieber wurde in diesen Fällen immer vermisst.

Dr. P. Klemm stimmt mit Hampeln damit überein, dass die Bezeichnung Dysenterie nur ein Sammelbegriff ist, ebenso wie etwa die Bezeichnung Pneumonie etc.

Wenn man von den Folgezuständen der Dysenterie, wie Leberabszessen spricht, könne man nur die amoeboide Form der Dysenterie meinen, und diese machte stets Solitärabszesse. Es sei also immer wichtig zu wissen, welche spezielle Erreger der Krankheit im Spiele seien; anatomisch könne man die Unterschiede nicht machen.

Dr. Berkholz meint, dass das von Dr. Schabert entworfene Krankheitsbild wohl von dem bac. Dysenteriae Newhaven hervorgerufen sei.

Im Uebrigen betont er, dass Dysenterie keine Krankheit sei, welche Durchfall mache, nur Schleim und Blut werde entleert, auch verlaufe die reine Dysenterie ohne Fieber, wenn Fieber vorhanden, so bestehe eine Mischinfektion.

Dr. Brutzer anerkennt die Witterungseinflüsse zur Hervorbringung der Dysenterie: doch meint er nicht, dass es sich in seinen Fällen um die Amoebenform der Dysenterie gehandelt habe; er habe auch nie solitäre Leberabszesse als Nachkrankheit gesehen.

Dr. Bornhaupt spricht sich sehr gegen die von Dr. Schabert gegebene Erklärung der Dysenterieähnlichen Zustände aus: in seinem Hospital sei durch Dr. Kieseritzky bei derartigen kleinen Durchfällen stets der Schuja-Krusesche Bazillus nachgewiesen worden. Der Charakter der Epidemie veränderte sich auch; als die Epidemie im 2. Jahre ausbrach, war der Prozentsatz an Todesfällen ein viel grösserer als im 1. Jahr.

Dr. Hampeln möchte noch einmal betonen, dass bei der tropischen Dysenterie es sich jedenfalls um eine ganz andere Krankheit handele als bei uns; deshalb müsse man bakterielle von der Amoeben-Dysenterie immer genau unterscheiden.

Dr. Schabert muss fürs Erste auf seiner Erklärung bestehen, nehmen doch die DDr. Berkholz und Bornhaupt für seine Fälle jeder einen anderen Bazillus als Krankheitserreger in Anspruch.

Dr. Voss interessiert in den Mitteilungen des Dr. Brutzer besonders der Erfolg der Wundbehandlung; aus ihnen ist ersichtlich, dass bei der Massenarbeit des Krieges die Erfolge der Asepsis doch nicht möglich seien; in den von Dr. Brutzer geschilderten Fällen, wo sich an die Verletzungen Fieber und Abszesse schlossen, scheint es sich seiner Meinung nach um Septicopyaemie gehandelt zu haben.

Dr. Broecker bemerkt dazu, dass ein Teil der Infektion durch die ersten Verbandplätze hervorgerufen sei, welche häufig sehr mangelhaft eingerichtet gewesen seien. Es wurden auf diesen ersten Verbandplätzen auch die Projektile oft schon herausgenommen, was jedoch meist nur einen schlechten Erfolg hatte.

Im Schlusswort fasst Dr. Brutzer seine Meinung dahin zusammen, dass die Verhältnisse doch besser waren als früher; die Wundkrankheiten waren anfangs viel schwerer und zwar deshalb, weil die meisten Kranken Skorbut hatten; ob Hospitalbrand vorgekommen, wisse er nicht, er selbst habe ihn nicht gesehen. Nachdem das Hospital renoviert war, kamen solche Todesfälle nicht mehr vor; nur die Pyocyaneusinfektion kam überall vor, auch im deutschen Hospital, doch ist diese Infektion ja nicht so gefürchtet. Erysipel kam freilich oft vor. Im Allgemeinen besserten sich jedoch die Verhältnisse im Hospital mit der Zeit.

d. z. Sekretär Dr. med. Theodor Schwartz.

Sitzung vom 15. März 1906.

P. I. Dr. Berkholz hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber die Diagnose der Diphtherie.

In den Lehrbüchern und in der Praxis stösst man auf die widersprechendsten Anschauungen über das klinische Bild sowohl der Rachen- als auch der Larynxdiphtherie. Während Heubner bei der typischen Rachendiphtherie schweren Allgemeinzustand abhängig von einem hohen Fieber (bis 40° und darüber), plötzlichen Beginn mit Krämpfen und Schüttelfrost und düster rote Fauces sieht, beginnt nach Baginsky dieselbe Form der Diphtherie mit kaum merklicher Störung des Befindens, mit wenig oder gar keinem Fieber, auch der Rachen ist sehr wenig gerötet, nur hellrosa und leicht infiltrierte Fauces werden geschildert.

Redner schliesst sich der Baginsky'schen Auffassung für die unkomplizierte Form der Diphtherie an. Die Heubner'sche Schilderung entspricht der Form, die richtig als Diphtheria septica aufzufassen ist, bei der ohne bakteriologische Untersuchung die Diagnose Diphtherie nicht zu stellen ist, da einfach septische Anginen und die Scharlachangina genau dasselbe klinische Bild machen.

Neben dem subfebrilen resp. afebrilen Beginn oder Verlauf ist für die Diphtherie charakteristisch die hohe Pulsfrequenz und die geringe Mitbeteiligung der Drüsen.

Auch in der Auffassung der Diphtheria laryngis resp. des Croups begegnet man namentlich unter den praktischen Aerzten weitgehendste Meinungsverschiedenheiten, die sich namentlich auf die primäre Form der Larynxdiphtherie beziehen, wo bei Abwesenheit von Belägen an den Fauces zunächst an alles andere, nur nicht an Diphtherie des Kehlkopfes gedacht wird.

Henoch, Heubner und Baginsky geben die primäre Entstehung der Diphtherie im Kehlkopf zu, halten diese Genese jedoch für eine seltene, welche am häufigsten noch im 1. und 2. Lebensjahre in Erscheinung tritt. Baginsky meint jedoch, dass die primäre Eingangspforte der Infektion in solchen Fällen oft übersehen werde, namentlich wird die primäre Noxe oft übersehen, da bei dem schleichenden Beginn der diphtheritische Larynx wenig Erscheinungen und Störungen des Allgemeinbefindens hervorrufe.

Scheller veröffentlicht aus dem Königsberger bakteriologischen Institut das Resultat seiner 2982 Untersuchungen auf Diphtherie im Jahre 1903/1904. In 12 pCt. wurde Scheller zur Untersuchung veranlasst in Fällen, wo keine Beläge im Rachen vorlagen und betont die Wichtigkeit gerade dieser Fälle in epidemiologischer und klinischer Hinsicht.

Paltauf und Kolisko haben schon im Jahre 1889 auf Grund bakteriologischer Untersuchungen den Satz aufgestellt, dass Kehlkopfcroup richtige Diphtherie sei. Im Material des Stadtkrankenhauses zu Riga wurden vom August 1904 bis Februar 1906 192 Diphtheriekranke behandelt; von diesen boten 49 Patienten klinisch das Bild der Larynxdiphtherie ohne Mitbeteiligung der Fauces. Bakteriologisch resp. durch Sichtbarwerden von Membranen bei der Tracheotomie wurde die Diagnose in 38 Fällen verifiziert; in 5 Fällen musste die bakteriologische Untersuchung unterbleiben und nur in 6 Fällen war die bakteriologische Untersuchung negativ. An der Hand dieses Materials wird auf die Häufigkeit der Larynxdiphtherie hingewiesen und durch Schilderung einiger Krankengeschichten die Ansicht weiter begründet, dass bei jeglicher Erscheinung von Croup an Diphtherie in erster Reihe zu denken sei und wird dringend eine Verifizierung der Diagnose durch die bakteriologische Untersuchung des Nasen-, resp. Rachensekrets in solchen Fällen verlangt, da nur bei frühzeitiger Anwendung des Serums das Leben des Patienten zu retten sei und schwere Komplikationen von Seiten des Larynx oder des Herzens zu vermeiden seien.

Dr. Voss berichtet über den ersten Befund an einer Diphtheriepatientin, die Dr. Berkholz später behandelte: die Schleimhaut war in der Arygegend zapfenförmig vorgewölbt. Ein Belag war an dieser Stelle nicht vorhanden, aber unten in der Trachea fanden sich schon Membranen, deren Beginn vielleicht schon in der subglottischen Gegend war.

Dr. Schabert betont, wie Vortragender, dass die bakteriologische Untersuchung für die Diagnose der Diphtherie oft sehr wesentlich sei. Schabert übt seit 6 Jahren das Neisser'sche Plattenverfahren, das sich im Allgemeinen in der Praxis aber nicht eingebürgert zu haben scheint. Demnach wäre es sehr wichtig, dass die bakteriologische Untersuchung häufiger angewandt werde, da Streptokokkeninfektionen und andere Erkrankungen oft für Diphtherie gehalten werden. Der Kliniker stellt in 95 pCt. der Fälle eine richtige Diagnose, bei den Diagnosen der Praktiker ist das Verhältnis ganz anders.

Dr. Berkholz: Die bakteriologische Untersuchung des Nasensekrets ist oft ausschlaggebend, darauf wird von praktischen Aerzten sehr wenig Gewicht gelegt. Im Nasensekret finden sich die Diphtheriebazillen fast stets, wenn sonst auch keine Anhaltspunkte für die Diagnose zu finden sind. Auf die Wichtigkeit dieser Untersuchung wird in Königsberg speziell hingewiesen. Im Stadtkrankenhause zu Riga kommen fast nur sehr schwere Fälle vor, weil die Diphtherie oft schon wochenlang bestanden hatte, ehe sie erkannt wurde.

Dr. Kröger: Der Unterschied der unkomplizierten und septischen Diphtherie ist vom Vortragenden betont worden; letztere als die schwere Form. Früher ist das Verhältnis im Stadtkrankenhause umgekehrt gewesen. Damals wurden keine bakteriologischen Untersuchungen gemacht, das Bild der unkomplizierten Diphtherie war aber sehr typisch; ein blasser Rachen mit Belag, die Umgebung des Belages ist ganz reizlos. Dennoch war die Prognose in diesen unkomplizierten Fällen sehr schlecht. Von den tracheotomierten Patienten starben sehr viele.

Dr. Berkholz: Bei den unkomplizierten Fällen hat das Serum die Prognose sehr gebessert. Die Intoxikationserscheinungen (Myocarditis) können allerdings dadurch nicht aufgehoben werden, ebenso Sepsis aus anderer Ursache als reiner Diphtherie. Kritisch sind die ersten 24 Stunden nach der Tracheotomie. Das Herz ist ausschlaggebend für frühe Operation.

Dr. Voss berichtet von 3 Fällen Rachendiphtherie, die er behandelt hat. Die bakteriologische Untersuchung ergab Pseudodiphtherie. Dennoch wirkten Einspritzungen prompt.

Dr. Berkholz: Eine Verwechslung der Diphtheriebazillen mit Pseudodiphtherie ist durch die Neisser'sche Färbung ausgeschlossen, sodass die Diagnose durchaus sichergestellt werden kann.

P. II. Dr. Mandelstamm hält seinen Vortrag: «Mitteilungen aus der Kriegspraxis». (Soll anderweitig im Druck erscheinen).

Stellvertretender Sekretär: Dr. C. Brutzer.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Drei bekannte Berliner Aerzte: die Geheimen Sanitätsräte Dr. Julius Boas, Dr. Emil Kalischer und Dr. Bernhard Vollmer, der von 1867—90 als dirigierender Arzt am St. Hedwigs-Krankenhause tätig war, begingen in der vorigen Woche ihr 50-jähriges Doktorjubiläum. Alle drei Jubilare haben von der Berliner medizinischen Fakultät ihr Doktordiplom erhalten.

— Der Militär-Medizinalinspektor des früheren sibirischen Militärbezirks Dr. Kasanski ist mit Uniform und Pension verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum wirklichen Geheimrat.

— Zum Militär-Medizinalinspektor des Omskischen Militärbezirks ist der bisherige Korpsarzt des 4. sibirischen Armeekorps ernannt worden.

— Fürst Wassiltschikow hat infolge seiner Ernennung zum Oberdirigierenden der Landwirtschaft und der Agrarorganisation sein Amt als Präsident der Russischen Gesellschaft des Roten Kreuzes niedergelegt. Die Obliegenheiten des Präsidenten versieht zeitweilig der Vizepräsident, wirkl. Staatsrat Iljin.

— Der Oberarzt des hiesigen städtischen Obuchowhospitals und Konsultant bei den Erziehungsanstalten des Ressorts der Kaiserin Maria, Dr. Netschajew, ist als Konsultant bei dem Krankenhause der Eugenie-Gemeinschaft barmherziger Schwestern angestellt worden, mit Belassung in seinen bisherigen Aemtern.

— Der Privatdozent und ausseretatmässige Prosektorgehülfe beim anatomischen Institut der Dorpater Universität Dr. Weinberg, ist zum ausserordentlichen Professor der normalen Anatomie am weiblichen medizinischen Institut ernannt worden.

— Dem früheren Oberarzt einer Hospitalabteilung des Roten Kreuzes während des russisch-japanischen Krieges, Dr. Wolfgang Schiele, ist der St. Annenorden III. Klasse verliehen worden.

— Der Oberarzt der Gemeinschaft barmherziger Schwestern des Roten Kreuzes in Krementschug Dr. Uljanowski ist auf eigenes Ersuchen verabschiedet worden.

— Dr. L. Finkelstein ist, wie er dem «R. Wratsch» mitgeteilt hat, nicht zum Oberarzt der Irrenanstalt Nikolaus des Wundertäters gewählt worden, sondern zum älteren Ordinator, deren es drei in dieser Anstalt giebt. Dr. Reformatski ist nach wie vor Oberarzt der Irrenanstalt und nur, wie wir in Nr. 24 mitteilten, bis zum 5. September zum Studium der psychiatrischen Anstalten ins Ausland abdelegiert worden.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 14. Juli in Kasan der Landschaftsarzt des Balachnaschen Kreises (Gouv. Nishni-Nowgorod) Christoph Rjurikow im 49. Lebensjahre an Apoplexie. Der Hingeschiedene war ein Schüler der Kasanschen Universität und begann seine ärztliche Laufbahn i. J. 1882 als Militärarzt, trat aber bald in den Landschaftsdienst über und war anfang Ordinator am Gouv.-Landschaftshospital, dann seit mehr als 20 Jahren einziger Arzt in dem grossen Kirchdorfe Gorodez, wo er sich einer grossen Beliebtheit erfreute. 2) In der Stanize Naurskaja (Terekgebiet) der Militärarzt Longin Gorepekin im 35. Lebensjahre. Er hat sich in einem Anfall von Irrsinn, erschossen. 3) Auf der Eisenbahnstation Beresa der Bahnarzt der Moskau-Brester Linie Dr. Andreas Ssosfenow im Alter von 42 Jahren an Lungentuberkulose nach kaum fünfjähriger Tätigkeit. 4) In Dresden der Besitzer der durch den Roman der Prinzessin Luise von Coburg weltbekannt gewordenen Nervenheilanstalt Lindenhof bei Coswig (in Sachsen), Sanitätsrat Dr. Pierson, im 60. Lebensjahre nach einer Operation an Herzschwäche. Der Verstorbene war ein hervorragender Spezialarzt für Gemüts- und Nervenkrankheiten; unter seiner Leitung hat sich die Anstalt Lindenhof zu einem der namhafte-

sten Institute dieser Art entwickelt. Auch literarisch ist Dr. Pierson vielfach hervorgetreten: eine Reihe von Kompendien über Elektrotherapie, Nervenkrankheiten und Hirnerkrankungen rühren von ihm her. Ausserdem lieferte er für verschiedene medizinische Zeitschriften so manche Beiträge.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Der Zudrang zu den Universitäten und der militär-medizinischen Akademie ist nach den vorliegenden Daten über die bis jetzt eingelaufenen Aufnahmegesuche ein geradezu kolossaler, während die Zahl der Vakanzen eine recht geringe ist. In der militär-medizinischen Akademie z. B. sollen nicht weniger als 800 Aufnahmegesuche eingelaufen sein, von denen nur 80 haben berücksichtigt werden können, und zwar nur von Personen, die den Kursus in mittleren Lehranstalten mit der goldenen Medaille absolviert haben.

— Warschauer Blätter befürchten, dass die dortige Universität nach einer Stadt des inneren Russlands verlegt werden wird. Wenn die Polen alsdann in Warschau eine Universität haben wollten, würden sie selbst die Kosten für dieselbe aufzubringen haben. Von dem Plan, die Universität nicht in Warschau zu belassen, ist übrigens schon lange geredet worden. Früher hiess es, sie solle nach Wilna verlegt werden; jetzt ist angeblich eine der dem Weichselgebiet benachbarten Gouvernementsstädte in Aussicht genommen.

— Wie ein hiesiges Blatt aus zuverlässiger Quelle erfahren haben will, ist das von der Konferenz vorgestellte Autonomieprojekt der militär-medizinischen Akademie vom Militärkonseil nicht bestätigt worden.

— Der Privatdozent der Berliner Universität Prof, Dr. David v. Hansemann, der einen Ruf als ordentlicher Professor der pathologischen Anatomie nach Marburg erhalten hatte, hat gebeten von seiner Berufung Abstand zu nehmen, da er zum Leiter der pathologisch-anatomischen Anstalt am neuen Rudolf Virchow-Krankenhause gewählt ist. An der Marburger Universität sollte er den Professor Dr. Aschoff, der nach Freiburg berufen ist, ersetzen.

— Der nächste Zyklus des Berliner Dozenten-Vereins für ärztliche Ferien-Kurse beginnt am 1. Oktober 1906 und dauert bis zum 27. Oktober 1906. Das Lektionsverzeichnis versendet unentgeltlich und erteilt Auskunft Herr Melzer, Ziegelstrasse 10/11 (Langenbeck-Haus).

Standesangelegenheiten.

— Der St. Petersburger Gouvernements-Medizinalinspektor, Ehrenleibmedikus Dr. A. Karmilow, ist wegen Bestechlichkeit (cfr. № 27, S. 306) seines Postens enthoben und dem Gericht übergeben worden. Wie wir im «Reg.-Anz.» lesen, ist er auch aus der Liste der Hofchargen gestrichen worden. — Mit der Erfüllung der Obliegenheiten des Gouvernements-Medizinalinspektors ist das Mitglied der Medizinalverwaltung Dr. Michael Popow betraut worden.

— Wegen Beteiligung an politischen Umtrieben sind in letzter Zeit arretiert worden: der hiesige Arzt Lewaschew, der Arzt der Moskauer Landschaft Dobronrawow und der Landschaftsarzt in Golowtschina (Gouv. Kursk) Lobas mit seinem Sohne, einem Studenten.

— Damit die Aerzte die vaterländischen Kurorte näher kennen lernen können, hat der Verein für die Wohleinrichtung des Kurortes Shelesnowodsk in seiner letzten Sitzung beschlossen, in Shelesnowodsk allen Aerzten, die dorthin zur Kur oder, um den Badeort kennen zu lernen, kommen, freie Wohnung vom 1. August bis zum 1. September zu gewähren. Nähere Auskünfte erteilt der Präsident des obigen Vereins Dr. Nikolai Georgiewitsch Eldarow in Shelesnowodsk.

(«R. Wr.»).

— Eine Demonstration gegen Dr. Doyen. Im Kursaal von Ostende veranstaltete vor Kurzem der Pariser Chirurg Dr. Doyen eine Vorführung von kinematographischen Darstellungen seiner durch Schnelligkeit hervorragenden Operationsmethoden. Man konnte auf den wunderbar ausgeführten Wandelbildern sehen, wie Doyen einen Arm amputiert, die Schädelhöhle öffnet u. s. w. Als der Vortragende dazu überging, eine Unterleibsoperation mit erschreckender Deutlichkeit zu demonstrieren, wurde der verdunkelte Saal zum Schauplatz eines wüsten Skandals. Die Majorität des Publikums pfiff und heulte und versuchte den Redner auf jede Weise an der Fortführung seiner Darstellungen zu verhindern. In der Tat, so bedeutungsvoll derartige Vorführungen auch für Studierende und Aerzte sein können, so wenig erscheinen sie für ein Laienpublikum geeignet,

Verschiedene Mitteilungen.

— Am 8. August fand die feierliche Eröffnung des im Alexanderpark hierselbst erbauten Klinischen Instituts für chirurgische Orthopädie statt. Bekanntlich verdankt dieses Institut seine Entstehung der Initiative des im September v. J. verstorbenen Dr. Karl Horn, nach dessen Ideen und Plänen es, dank der Munifizenz Ihrer Majestät der Kaiserin Alexandra Feodorowna, in grossem Stile ausgeführt ist. Das Institut enthält eine stationäre Abteilung mit 40. Betten, sowie eine Abteilung für ambulante Kranke. Für die Anfertigung von orthopädischen Apparaten, Korsetts etc. sind besondere Werkstuben beim Institut eingerichtet. Das Institut soll aber nicht nur zu Heilzwecken, sondern auch zu Lehrzwecken dienen; es werden daher in demselben auch Vorlesungen über Orthopädie und spezielle Chirurgie für Aerzte und Studierende gehalten werden. Mit der Leitung des Instituts ist, wie wir bereits meldeten, der Direktor Privatdozent Dr. Robert Wreden und sein Gehülfe Privatdozent Dr. Fr. Weber betraut worden, welchen mehrere Assistenten zur Seite stehen. Die Aufsicht über die Werkstätten und die Oekonomie des Instituts wird in den Händen der Wittwe des Begründers der Anstalt, Frau Dr. Horn ruhen, die als treue Helferin ihres verstorbenen Mannes in seinem Privatinstitut in diesen Angelegenheiten reiche Erfahrungen gesammelt hat.

— Seit dem April d. J. erscheint hierselbst im Verlage von W. Ettinger als Organ der St. Petersburger oto-laryngologischen Gesellschaft eine russische «Monatsschrift für Ohren-, Kehlkopf- und Nasenkrankheiten». (Ежемѣсячникъ ушныхъ, горловыхъ и носовыхъ болѣзней) unter der Redaktion der Professoren W. Nikitin und W. Okunew, sowie der DDr. M. Shirmunski und A. Sacher in St. Petersburg unter Mitwirkung von zwanzig Fachmännern. Mitredakteur ist der Privatdozent Dr. St. von Stein in Moskau und als verantwortlicher Redakteur zeichnet Dr. Sacher. Das neue Journal erscheint allmonatlich 1½—2½ Bogen stark und kostet 5 Rbl. jährlich.

Die uns vorliegende erste Nummer der Monatsschrift enthält nach einem kurzen Vorwort der Redaktion 3 Originalartikel von Prof. W. Okunew (mit einer Tafel Abbildungen), Dr. L. T. Lewin und Privatdoz. A. Iwanow, zwei Sitzungsberichte der St. Petersburger oto-laryngologischen Gesellschaft von Dr. A. Sacher, je zwei Referate aus dem Gebiet der Ohren-, Kehlkopf- und Nasen-Krankheiten, eine Besprechung eines Buches, eine kurze Chronik, sowie die Nekrologe vier verdienter Otologen, der Professor Guye in Amsterdam, L. Jakobsohn in Berlin, Schech in München und Grunert in Halle.

Besprechung und Referate der Originalartikel behalten wir uns für unsere «Revue der russischen med. Zeitschriften» vor. Man kann den Initiatoren der neuen Monatsschrift nur Dank wissen für die Gründung eines Spezialorgans für Ohren-, Kehlkopf- und Nasenkrankheiten, da bisher in der russischen periodischen medizinischen Literatur ein solches schmerzlich vermisst wurde, und die in diese Gebiete gehörigen Arbeiten in verschiedenen allgemeinen med. Zeitschriften verzettelt wurden.

Wir wünschen daher der neuen Kollegin den besten Erfolg.

Bf.

— Komitee zur Veranstaltung ärztlicher Studienreisen.

Die Herren Kollegen, welche an der diesjährigen (VI.) ärztlichen Studienreise, die am 2. September in Heidelberg beginnt, die Orte Höfen, Schömberg, Wildbad, Teinach, Freudenstadt, Rippoldsau, Peterstal, Badenweiler, Wehr, Schaffhausen, Konstanz, Sigmaringen, Dürrheim, Triberg, Baden-Baden berührt und am 15. September in Stuttgart endigt, noch teilnehmen wollen, werden gebeten, sich baldigst anmelden zu wollen, da die Zahl der Teilnehmer auf 200 beschränkt ist und voraussichtlich in kürzester Zeit erreicht wird. Der Preis für die ca. 15-tägige Reise ist auf M. 225, — inkl. Fahrt, Quartier und Verpflegung festgesetzt. Anfragen sind möglichst umgehend zu richten an das Komitee zur Veranstaltung ärztlicher Studienreisen, Berlin N. W. 5, Luisenplatz 2—4. Kaiserin Friedrich-Haus.

— In der B. Wildt'schen Erziehungsanstalt in Nordenhausen (Harz) finden schwachbegabte Knaben und Mädchen im Alter von 6 bis 16 Jahren Aufnahme, die dem Klassenunterrichte in einer öffentlichen Schule nicht zu folgen

vermögen, aber durch sorgfältigen, individuellen Unterricht noch soweit zu fördern sind, dass sie später ihren Unterhalt vollständig oder teilweise erwerben können.

Die Anstalt ist zur Aufnahme von etwa 50 Zöglingen eingerichtet, wahrt aber trotzdem in jeder Beziehung den familiären Charakter.

Der Unterricht beginnt auf der untersten Stufe mit Tätigkeitsübungen und Anschauungsunterricht und erstreckt sich nach und nach auf alle Unterrichtsgegenstände einer Bürgerschule.

Die Zöglinge werden in 5 aufsteigenden Klassen von dem Anstaltsleiter, drei Lehrern und zwei Lehrerinnen unterrichtet.

Die Kinder der obersten Klasse haben wöchentlich 8 Std. Deutsch, 6 Std. Rechnen, 2 Std. Religion, 2 Std. Geographie, 1½ Std. Geometrie, 1½ Std. Geschichte, 1 Std. Naturgeschichte, 1 Std. Naturlehre, 1 Std. Zeichnen, 1 Std. Gesang und 2 Std. Turnen.

Ausser dem Unterrichte in den angegebenen Fächern erhalten die Knaben noch Handfertigkeits-Unterricht; sie lernen Flecht-, Holz- und Papparbeiten.

Da für schwachbegabte Knaben der Gärtner-Beruf besonders geeignet ist, wird ein grosser Teil der Zöglinge in der Anstaltsgärtnerei für diesen Beruf vorgebildet. Andere frühere Zöglinge der Anstalt haben sich der Landwirtschaft, dem Buchbinder-Berufe, in 2 Fällen auch dem Kaufmannsstande gewidmet.

Die Mädchen lernen Stricken, Häkeln, Sticken, Nähen u. s. w.; die grösseren erhalten auch Anleitung in häuslichen Arbeiten.

Unterricht in der französischen Sprache und Musik-Unterricht werden auf Wunsch erteilt. Diesen Unterricht erhalten natürlich nur solche Zöglinge, die dafür befähigt sind.

Ein Lehrer der Anstalt ist katholisch, die übrigen Lehrpersonen sind evangelisch.

Der jährliche Pensionspreis (einschl. Unterrichtshonorar, Wäsche und kleine Reparaturen der Bekleidung) beträgt 1100 bis 1300 Mark.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 15. Juli d. J. 10479 (89 wen. als in der Vorwoche), darunter 1191 Typhus — (191 mehr), 922 Syphilis — (5 wen.), 370 Scharlach — (32 mehr), 173 Diphtherie — (3 wen.), 87 Masern — (9 wen.), und 31 Pockenkranke — (1 wen. als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 8. bis zum 15. Juli d. J. im ganzen 775 (449 M., 326 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 38, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 32, Scharlach 11, Diphtherie 14, Croup 0, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 17, Erysipelas 4, Grippe 5, Katarrhalische Lungenentzündung 77, Ruhr 8, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberkulose der Lungen 87, Tuberkulose anderer Organe 13, Alkoholismus und Dilirium tremens 16, Lebensschwäche und Atrophia infantum 48, Marasmus senilis 26, Krankheiten des Verdauungskanals 166, Totgeborene 30.

Am 22. Juli d. J. betrug die Zahl der Kranken 10468 (11 wen. als in der Vorwoche.), darunter 1073 Typhus — (118 wen.), 927 Syphilis — (5 mehr), 376 Scharlach — (6 mehr), 145 Diphtherie — (28 wen.), 94 Masern — (7 mehr) und 34 Pockenkranke (3 mehr als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 16. bis zum 22. Juli d. J. im ganzen 824 (457 M., 367 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 37, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 32, Scharlach 30, Diphtherie 42, Croup 0, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 13, Erysipelas 8, Grippe 3, Katarrhalische Lungenentzündung 79, Ruhr 8, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 65, Tuberculose anderer Organe 22, Alkoholismus und Delirium tremens 14, Lebensschwäche und Atrophia infantum 47, Marasmus senilis 21, Krankheiten der Verdauungsorgane 174, Totgeborene 33.

Die 8.

ordentliche Generalversammlung*)

der Mitglieder der

Unterstützungskasse der Aerzte der livländischen Abteilung

des St. Petersb. ärztl. Vereines zu gegenseitiger Hilfe findet in Wolmar am 21. Aug. 1906 statt.

Im Namen des Kuratorium's

Dr. med. G. v. Knorre d. z. Präses.

*) NB. falls wegen ungenügender Beteiligung der Mitglieder dieser Generalversammlung nicht beschlussfähig sein sollte, so findet nach einer halben Stunde eine 2. Generalversammlung statt, die unabhängig von der Anzahl der persönlich erschienenen Mitglieder beschlussfähig ist. — (§ 53 d. Statuten).

BERLINER DOZENTENVEREIN FÜR ÆRZTLICHE FERIENKURSE.

Der nächste Zyklus des Berliner Dozentenvereins für ärztliche Ferienkurse beginnt am 1. Oktober 1906 und dauert bis zum 27. Oktober 1906.

Das Lektionsverzeichnis versendet unentgeltlich und Auskunft erteilt Herr Melzer (Berlin), Ziegelstrasse 10/11 (Langenbeck-Haus).

(74) 2—2. Prof. Dr. J. Hirschberg, Geh. Med.-Rat, Vorsitzender.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Adressen von Krankenpflegerinnen: Schwester Hedwig Breyer (zu erfragen bei Dr. Bursian: Троицкая 29 oder bei Frl. Kern: Конногвардейскій бульваръ 17, кв. 12).

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **R. Wanach** in St. Petersb., Petb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 33 St. Petersburg, den 19. August (2. September). **1906.**

Ueber Pruritus als Symptom der Basedow'schen Krankheit.

(Nach einem Vortrag, gehalten am 3. März 1904 in der Gesellschaft prakt. Aerzte zu Riga).

Von

Dr. med. Arved Bertels.

Pruritus als Symptom des Morbus Basedowii wird bisher in den Monographien über diese Krankheit, sowie auch in den entsprechenden Kapiteln der Lehrbücher nicht erwähnt. Da ich nun 2 Patientinnen mit Basedow'scher Krankheit zu beobachten Gelegenheit gehabt habe, welche während ihrer Krankheit an einem sehr lästigen Hautjucken ohne sichtbare Veränderungen der Haut litten, und da wenigstens in dem einen der beiden Fälle aus dem ganzen Verlauf hervorgeht, dass es sich nicht etwa um ein zufälliges Zusammentreffen von Pruritus mit Basedow'scher Krankheit handelt, sondern dass derselbe in offenbarem Zusammenhang mit der Grundkrankheit steht; da ich ferner auch durch meine Literaturstudien in der Ansicht von diesem Zusammenhang bestärkt worden bin, so teile ich Ihnen im Folgenden meine Beobachtungen mit.

Im ersten Fall handelte es sich um eine unverheiratete Dame, die im Spätsommer 1898 eine, wie sie selbst nachher sagte, «schreckliche» Seefahrt von Stettin nach Riga machte; sie hatte nicht nur sehr unter der Seekrankheit zu leiden, sondern schwebte auch wegen der hochgehenden See in beständiger Todesangst. In unmittelbarem Anschluss an diese Seefahrt stellte sich bei ihr Herzklopfen, Kopfschmerz, Zittern, Abmagerung ein, auch bemerkte sie eine Anschwellung der Schilddrüse; am 21. September 1898, 4 Wochen nach dieser Seefahrt erhob ich folgenden Befund: Pat. 38 Jahre alt, ist etwas blass und mager, Puls 120—140, beträchtliche weiche Struma, über welcher ein herzsystolisches Geräusch zu hören ist, kleinschlägiger Tremor der ausgestreckten Hände; hätte ich die Pat. damals zum ersten Mal gesehen, so hätte ich wohl auch Exophthalmus und Erweiterung der Lidspalte diagnostiziert; ich weiss aber nicht wie viel von diesen Erscheinungen mit ihrer Basedow-Erkrankung zusammenhing; ich habe die Pat. schon früher gekannt und mir waren schon früher immer ihre prominenten Bulbi aufgefallen; kein Gräfe kein Möbius.

In der Folgezeit konnte ich auch eine Herabsetzung des Widerstandes der Haut gegen den galvanischen Strom konstatieren; die Haut fühlte sich etwas feuchter an als normal, an Schweissen litt Pat. nicht. Die Pulsfrequenz hielt sich zwischen 108 und 148; oft klagte Pat. über Schlaflosigkeit.

Vom 10. Oktober 1898 an stellte sich ein oft sehr quälendes Hautjucken ein, das bald hier, bald dort auftrat und mit keinerlei palpablen Veränderungen an den betr. Hautstellen verbunden war; nur wenn Pat. sich gekratzt hatte, stellten sich, entsprechend den Kratzstrichen, striemenförmige Quaddelbildungen ein. Im Urin kein Zucker, kein Eiweiss. Kein Ikterus.

Der Zustand wurde nun trotz interner und galvanischer Behandlung, möglichst reichlicher Ernährung und trotzdem die äusseren Verhältnisse der Pat. die weitgehendste Schonung gestatteten immer schlechter; es trat zunehmende Abmagerung und sichtlicher Kräfteverfall ein, die subj. Beschwerden besserten sich nicht, so dass mein Vorschlag eines operativen Eingriffes angenommen wurde.

Am 5. November 1898 wurde von Dr. A. v. Bergmann eine Resektion des linken Schilddrüsenlappens vorgenommen; nach der Operation traten Temperatursteigerungen bis 39,3 auf, ohne dass im Wundverlauf irgendwelche Störungen zu bemerken oder sonst eine Ursache für dieselben aufzufinden gewesen wären, am 11. November sank die Temperatur zur Norm und gleichzeitig fiel auch der Puls auf 98—100, am 12 November auf 78—100, wobei auch das Herzklopfen nachliess; leider war diese Besserung nur eine vorübergehende, schon vom 13. November begann die Pulszahl wieder zu steigen und erreichte im Verlaufe einer Woche wieder ihre alte Höhe.

Erst im Januar 1899 trat eine merkliche Besserung ein, wie es schien hauptsächlich unter dem Einfluss von Halbbädern von 27—25° R. mit Salzzusatz. Der Appetit wurde besser, die Kräfte und das Körpergewicht nahmen zu, ganz vorübergehend traten Schweisse ein, an welchen Pat. vorher nicht gelitten hatte.

Im Sommer 1899 brauchte Pat. die Kur in Nauheim und Badenweiler. Im Januar 1900 fand ich den Puls bei wiederholten Untersuchungen meist unter 100, das Herzklopfen und die übrigen Basedowerscheinungen waren geschwunden, das einzige, was jetzt an die überstandene Krankheit erinnerte, war eine Neigung zu unmotivierten Durchfällen. Ausserdem bestanden der Exophthalmus und die Erweiterung der Lidspalte, die ja schon vor Beginn der Erkrankung vorhanden gewesen waren, unverändert fort.

Mit dem Zurückgehen der übrigen Basedowerscheinungen war nun auch der Pruritus vollständig geschwunden.

In diesem Zustande verblieb Pat. bei vorsichtiger Lebensweise mehrere Jahre. Da machte sie im Jan. 1903 in Stettin, wohin sie unterdessen zurückgekehrt war, eine akut fieberhafte, mit Schnupfen und Husten verbundene Erkrankung durch, die vom behandelnden Arzt als Influenza bezeichnet wurde und Pat. für 8 Tage an's Bett fesselte. In unmittelbarem Anschluss an diese Krankheit stellten sich wieder Herzklopfen, Zittern, Schweisse ein und im Sommer gesellte sich zu diesen Erscheinungen auch wieder der Pruritus.

Im September hatte ich Gelegenheit die Pat. wieder zu sehn, die Erscheinungen waren jetzt wieder in der Abnahme begriffen, ich zählte 112 Pulse in der Minute, die Struma war etwa hühnereigross zwischen den beiden Sternocleidomastoidei und unter dem rechten Sternocleidomastoideus zu fühlen. Das obere Augenlid bedeckte beim Blick geradeaus eben den Hornhautrand, das untere Augenlid erreichte denselben nicht ganz; kein Gräfe, kein Möbius. Die gespreizten Finger der ausgestreckten Hände zeigten deutlichen Tremor.

Wir sehen also, um kurz zu rekapitulieren, bei einer Dame, die vorher nie an Pruritus gelitten hat, ungefähr gleichzeitig mit den verschiedenen Symptomen der B. K. sich auch Pruritus entwickeln; derselbe schwindet für einige Jahre vollständig, nachdem die B. K. im Wesentlichen geheilt ist und tritt bei einem Rezidiv dieser Krankheit wieder auf. Wir können uns also nicht der Ueberzeugung verschliessen, dass der Pruritus in einem Zusammenhang mit der B. K. steht.

Es fragt sich jedoch, welcher Art dieser Zusammenhang sei, ob der Pruritus wirklich ein direktes Symptom der B. K. darstelle, oder ob vielleicht ein anderer komplizierterer Kausalnexus bestehe. Es liegt z. B. nahe, an folgende Möglichkeit zu denken. Bekanntlich kommt beim Basedow nicht allzuselten Glykosurie vor, Glykosurie aber, oder vielmehr die derselben zu Grunde liegende Hyperglykämie hat bisweilen Pruritus zur Folge, es wäre also denkbar, dass der Pruritus, wo er bei B. K. auftitt, durch Vermittelung einer Hyperglykämie zu Stande kommt. Der Urin meiner Patientin ist nun wiederholt auf Zucker untersucht worden, immer mit negativem Resultat. Ich habe noch zuletzt, als mich diese Frage besonders interessierte, der Urinuntersuchung eine besondere Sorgfalt gewidmet und am 2. Oktober 1903 folgenden Befund erhoben: Urin hellgelb, klar, neutral, sp. G. 1020, Trommer'sche und Nylander'sche Probe sowohl am unverdünnten als auch am 4-fach verdünnten Urin negativ. Gährungsprobe mit Einhorns-Sacharometer negativ. Beim Kochen entsteht eine Trübung die auf Salpetersäurezusatz schwindet.

Ferner muss an die Möglichkeit gedacht werden, dass der Pruritus Basedow-Kranker durch Arsengebrauch zu Stande kommt. Basedowkranke erhalten ja häufig Arsen und obgleich Pruritus nicht zu den landläufigen Erscheinungen der Arsenvergiftung gehört, so kommt er doch gelegentlich hierbei vor [1]). Meine Patientin hat nun in der Tat vom 3. Oktober 1898 an täglich 0,012 Acid. arsenicosum in Pillen erhalten, also bis zu dem am 10. Oktober 1898 aufgetretenen Pruritus im ganzen 0,084 Acid. arsenicosum, während in den beiden von Doctor mitgeteilten Fällen der Pruritus das eine Mal erst nach einem Gesammtverbrauch von 0,4 und das andere Mal nach einem solchen von ca. 0,2 Acid. arsenicosum eintritt; es ist also bei der Seltenheit des in Rede stehenden Zusammenhanges wenig wahrscheinlich, dass der Arsengebrauch hier eine Rolle gespielt habe und jedenfalls ist dem erneuten Auftreten des Pruritus kein neuer Arsengebrauch vorausgegangen.

Auch sonst lag, wie schon erwähnt, keine der gewöhnlichen Ursachen für Pruritus vor; Ikterus fehlte, der Urin war eiweissfrei, an Pruritus senilis war in Anbetracht der 38 Jahre alten Pat. nicht zu denken.

Der Pruritus war somit als direktes Symptom der B. K. aufzufassen.

Mein zweiter Fall betraf eine verheiratete Frau von 23 Jahren. Im Sommer 1902 machte sie eine Frühgeburt bei noch nicht lebensfähigem Kinde durch; der Vorfall bedeutete für sie namentlich ein schweres psychisches Trauma; hierzu kam, dass der Blutverlust bei der ersten auf die Geburt folgenden Periode ein sehr erheblicher war und die Pat. sehr schwächte. Vom Tage der Geburt an stellte sich Herzklopfen ein, so dass Pat. nur mit erhöhtem Oberkörper schlafen konnte; der Puls stieg während des Wochenbettes von 76 stetig bis auf 105 (im Liegen), während die Temperatur nicht über 37,3 hinausging. Im Laufe der nächsten Monate nahm die Intensität des Herzklopfens wieder ab, der Puls hielt sich später meist zwischen 80 und 100, erhob sich aber schon bei geringfügigen Anlässen über diese Zahl. Der Schlaf war sehr schlecht; zwar hatte Pat. auch schon früher an Schlaflosigkeit gelitten, aber nie annähernd in dem Masse wie in dieser Zeit. Weiterhin stellte sich auch eine weiche, hauptsächlich rechtsseitige Struma ein, die allerdings keine der für B. K. charakteristischen Erscheinungen zeigte, also keine Gefässgeräusche, kein Schwirren, keine Expansivpulsation.

Ferner stellte sich ein gewisser Grad von Thermophobie bei der Pat. ein. Die etwas anämische Patientin, die früher leicht fror, zeigte in dieser Hinsicht eine sehr auffällige Wandlung, indem sie das Bedürfnis hatte, sich viel leichter zu kleiden als früher.

Etwas über ein Jahr nach Beginn der Krankheit trat Hautjucken auf; dabei war die Haut vollkommen normal, nur wenn Pat. sich gekratzt hatte, traten genau in derselben Weise, wie bei meiner ersten Pat. striemenförmige Quaddeln auf. Das Jucken war am stärksten Abends; mehrere Mal nahm es an Heftigkeit zu an den Tagen vor dem Eintritt der Periode, hielt sich während der Periode auf der Höhe und nahm dann allmählich ab. Arsengebrauch war dem Auftreten des Pruritus nicht vorausgegangen, der Urin war frei von Eiweiss und Zucker (Nylander, Trommer, Gährungsprobe); kein Ikterus; Pat. hatte früher nie an Pruritus gelitten.

Ende 1903 trat bei der Pat. wieder Gravidität ein und im August 1904 erfolgte eine normale Geburt; nach derselben besserten sich die Basedowerscheinungen merklich: die Thyreoidea verkleinerte sich, das Herzklopfen nahm ab, die Pulsfrequenz hielt sich zwischen 80 und 90, der Pruritus schwand vollständig; vorübergehend, als Pat. verschiedenen Aufregungen ausgesetzt war, stellten sich unmotivierte, hauptsächlich Morgens auftretende Durchfälle ein.

Ob man im vorliegenden Fall berechtigt ist, die Diagnose einer B. K. zu stellen, diese Frage wird von verschiedenen Autoren verschieden beantwortet werden. Ich kann daher diesen Fall als Beweis für das Vorkommen des Pruritus bei B. K. nicht anführen und erwähne ihn nur der Vollständigkeit halber.

Sollte übrigens Jemand geneigt sein, das Jucken der Basedowkranken mit deren Neigung zum Schwitzen in Zusammenhang zu bringen, so ist diese Erklärung im vorliegenden Fall jedenfalls nicht zulässig, da Pat. nie an übermässiger Transpiration gelitten hat, die Haut sich auch nicht feuchter anfühlte als normal und dementsprechend auch der Widerstand der Haut gegen den galvanischen Strom völlig normal war. Auch meine erstangeführte Patientin litt gerade in der Zeit wo das Jucken am meisten hervortrat, nicht an Schweissen.

Ich sagte mir nun: wenn Pruritus zu den Symptomen der B. K. gehört, müssen in der überaus reichhaltigen Literatur über diesen Gegenstand Krankengeschichten zu finden sein, in welchen diese Erscheinung erwähnt wird.

Dass in den zusammenfassenden Darstellungen der B. K. des Pruritus nicht gedacht wird, habe ich schon gesagt. Ich habe daraufhin durchgesehn:

Friedreich: Herzkrankheiten in Virchow's Handbuch der spez. Path. u. Ther. 1861.

[1]) cf. Doctor, Pruritus nach Arsengebrauch. Mtsh. für prakt. Dermatologie XXXIV, 1902, S. 401.

Eulenburg: Die Basedowsche Krankheit. Ziemssen's Handbuch 1875;

Sattler: Die Basedowsche Krankheit in Graefe-Saemisch's Handbuch der ges. Augenheilkunde 1880;

Pierre Marie: Formes frustes de la maladie de Basedow 1883;

Die kurze Zusammenfassung der Basedowsymptome, welche Charcot in seinen leçons de mardi 1887—1888 giebt (Tome 1, 2. éd. 1892 p. 233—234);

Gowers: Handbuch der Nervenkrankheiten, deutsch von Grabe, 1892;

Mannheim: Morbus Gravesii, 1894;

Buschan: B. K. 1894.

Brandenburg: B. K. 1894;

Buschan: Artikel: B. K. in Eulenburg's Realenzyklopädie, 3. Aufl. 1894;

Möbius: B. K., 1896 in Nothnagel, spez. Path. und Ther.;

Eulenburg: Referat auf dem 15. Kongr. für innere Medizin, 1900;

Kraus in Ebstein-Schwalbe: Handbuch der prakt. Medizin, 1900;

Ehrhardt: Morbus Basedowii, Anhang zu Eiselsberg. Krankheiten der Schilddrüse, Deutsche Chirurgie, 1901.

Ausser diesen monographischen Bearbeitungen und grösseren Lehrbüchern habe ich auch die Darstellung der B. K. in den gebräuchlichsten kleineren Lehrbüchern mit gleichem negativen Resultat durchsucht und ebenso die Lehrbücher der Hautkrankheiten, wo vom Pruritus die Rede ist. Hier habe ich durchgesehn:

Hebra u. Kaposi: Hautkrankheiten. 2. Aufl. 1874. (Virchow's spez. Path. und Ther.).

Ziemssen: Spez. Path. u. Ther. Bd. XIV, Hautkrankheiten, 1884;

Lesser: Hautkrankheiten, 1887;

Jarisch: In Nothnagel's spez. Path. und Ther. 1900.

Jessner: Path. und Ther. des Hautjuckens, 1. Teil 1902.

Nur in der Neisser'schen Bearbeitung der Hautkrankheiten im Ebstein-Schwalbe'schen Handbuch der prakt. Med. (III. Bd., 2. T. 1901, S. 265) findet sich unter denjenigen Zuständen, bei welchen Pruritus vorkommt, ganz kurz und ohne weitere Beläge auch die B. K. erwähnt.

Ich habe dann ferner zahlreiche Krankengeschichten, namentlich aus der neueren Literatur durchgesehen und zwar mit folgendem Resultat:

Weder in den 19 von P. Marie[2]) mitgeteilten Fällen, noch in den 47 Fällen Mannheim's[3]), noch in 71 sehr ausgeprägten in der Kocher'schen Klinik operierten und von Albert Kocher publizierten Fällen[4]), noch in über 100 anderen von mir durchgesehenen Krankengeschichten habe ich Pruritus erwähnt gefunden mit Ausnahme von folgenden Fällen.

Unter 18 Krankengeschichten, die Reinbach[5]) aus der Mikulicz'schen Klinik in Breslau veröffentlicht finden sich 3 Fälle mit Pruritus. Bei den Patienten Nr. 2 und Nr. 14 verschwindet der Pruritus nach der Operation gleichzeitig mit den meisten übrigen Symptomen der B. K.; im dritten Fall (Nr. 7) ist das Verschwinden des Pruritus nicht ausdrücklich angegeben, sondern es heisst in der betr. Krankengeschichte, nachdem die nach der Operation erfolgte Besserung der wichtigsten Symptome im Einzelnen besprochen ist; „Alle übrigen Erscheinungen der Krankheit vollständig beseitigt", also auch das im Aufnahmestatus erwähnte Jucken.

Bei der einen dieser 3 Patientinnen (Nr. 2) liegt allerdings insofern vielleicht kein reiner Pruritus vor, als die Haut des Körpers als „trocken, leicht abschilfernd" bezeichnet wird.

In einem weiteren Fall (Nr. 5) hatte der Pat. 9 Jahre vor Beginn seiner Basedowerkrankung an sehr starkem Juckreiz gelitten und es wäre denkbar, lässt sich aber natürlich nicht beweisen, dass Pat. schon damals eine symptomenarme und wenig Beschwerden verursachende Form der Basedow'schen Krankheit gehabt hatte.

Ferner ist von Mikulicz am 5. Juli 1901 auf einem klinischen Abend der schlesischen Gesellsch. für vaterl. Kultur[6]) ein Pat. mit Basedow'scher Krankheit und starkem Jucken vorgestellt worden; Pat. litt aber gleichzeitig an Oedemen, die ja an und für sich Jucken hervorrufen können.

Schliesslich erwähnt auch Hirschl[7]) bei einer Basedowkranken der Krafft-Ebing'schen Klinik in Wien Pruritus; der Urin wird hier ausdrücklich als eiweiss- und zuckerfrei angegeben.

Der Umstand, dass die einzigen in der westeuropäischen Literatur von mir aufgefundenen Autoren (Neisser, Mikulicz, Reinbach, Hirschl) in Breslau und Wien leben, also im äussersten Osten des in Betracht kommenden Gebietes, brachte mich auf den Gedanken, dass noch weiter östlich dieses Zusammentreffen vielleicht noch häufiger sein könnte und ich unterzog daher auch die russische Literatur einer Durchmusterung nach dieser Richtung. Diese scheint nun an Mitteilungen über B. K. ziemlich arm zu sein, ich habe in der mir zugänglichen Literatur nur 11 Krankengeschichten, keine einzige zusammenfassende Darstellung finden können.

Unter den 11 Krankengeschichten findet sich eine, bei welcher Pruritus erwähnt wird[7]); die Abwesenheit von Ikterus wird ausdrücklich hervorgehoben. Ob Pruritus bei B. K. in Russland häufiger ist, als in Westeuropa, darüber lässt die geringe Zahl dieser Krankengeschichten keinen Schluss zu, sehr häufig ist er jedenfalls auch hier nicht.

Ich habe in allen diesen Fällen von „Pruritus" gesprochen, obgleich in den betr. Krankengeschichten immer nur von „Jucken" die Rede ist; ich darf wohl voraussetzen, dass wenn dem Jucken eine anatomische Hauterkrankung zu Grunde gelegen hätte, dieses in den betr. Krankengeschichten auch angegeben gewesen wäre, tatsächlich aber ist davon nicht die Rede, abgesehen von den beiden erwähnten Ausnahmen, wo das eine Mal die Haut als „trocken und schilfernd" angegeben wird und das andere Mal Oedeme bestanden.

Was nun das etwaige Vorhandensein anderer Ursachen für den Pruritus, wie Glykosurie, Nephritis, Ikterus anlangt, so lassen sich diese Zustände bei den Patienten nur zum Teil direkt ausschliessen, da die betr. negativen Angaben in den Krankengeschichten grösstenteils fehlen, andererseits aber liegt auch keine einzige positive Angabe in dieser Hinsicht vor.

[2]) l. c.
[3]) l. c.
[4]) Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir. Bd. 9, 1902.
[5]) Mitteilungen aus den Grenzgebieten d. Med. und Chir. Bd. 6, 1900.

[6]) Deutsche med. Wochenschr. 1901. Vereinsbeilage S. 246.
[7]) Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie Bd. 22, 1902, S. 218.
[7]) S. Popow, Medizinskoje Obosrenije, Bd. 52, 1899, S. 640. die betr. Beobachtung stammt aus einem Moskauer Hospital.

Dass das Hautjucken in der Tat in einem Abhängigkeitsverhältnis zur B. K. steht, geht auch daraus hervor, dass es, wie Ewald angiebt, auch beim Fütterungsthyreoidismus vorkommt. Zwar gehört es hier entschieden zu den sehr seltenen Vorkommnissen, denn unter den sehr zahlreichen in der Literatur beschriebenen und von mir daraufhin angesehenen Fällen habe ich es kein Mal gefunden, wohl aber erwähnt es Ewald in zusammenfassenden Darstellungen 2 Mal[8]).

Wenn ich aus dem Vorkommen von Pruritus beim Fütterungsthyreoidismus den Schluss auf die Zugehörigkeit dieses Symptomes auch zur B. K. ziehe, so stelle ich mich dabei auf den Standpunkt von Möbius, nach welchem eine übermässige, vielleicht auch noch qualitativ veränderte Sekretion der Schilddrüse es ist, welche die Symptome der B. K. hervorruft. Diese Theorie wird nun bis in die neueste Zeit immer wieder angestritten, es sei mir daher gestattet, zu ihrer Verteidigung Einiges anzuführen.

Ich will hier nicht von dem günstigen Einfluss sprechen, den die Operationen an der Schilddrüse auf die grosse Mehrzahl der Basedowkranken haben; im Verlauf meiner Arbeit bin ich dazu geführt worden eine grosse Anzahl von Krankengeschichten durchzusehn, die sich einerseits auf B. K., andererseits auf Fütterungsthyreoidismus bezogen und obgleich die Aehnlichkeit dieser beiden Zustände ja eine bekannte Tatsache ist, war ich doch erstaunt über den hohen Grad von Uebereinstimmung.

Das konstanteste Symptom der B. K. sind ja, wie allgemein anerkannt, Tachykardie und Herzklopfen; dies sind aber auch die häufigsten Erscheinungen des Fütterungsthyreoidismus, d. h. wenn überhaupt Vergiftungssymptome infolge der Schilddrüsenfütterung auftreten, so sind es meist solche von Seiten des Herzens, wobei nicht ausgeschlossen ist, dass vielleicht in einer noch grösseren Zahl von Fällen überhaupt keine unangenehmen Nebenwirkungen eintreten, weil entweder die verfütterte Menge Schilddrüsensubstanz eine geringe oder die individuelle Widerstandsfähigkeit gegen das Gift eine abnorm grosse ist. Eine geringe Steigerung der Pulsfrequenz, die nur durch vergleichende Zählung vor und nach der Schilddrüsenfütterung zu konstatieren ist, dagegen weder dem Pat. irgend welche Beschwerden macht, noch zu Pulszahlen führt, welche, absolut betrachtet, abnorm hohe zu sein brauchen, — eine solche geringe Steigerung der Pulsfrequenz tritt übrigens fast konstant bei länger dauernder Darreichung auch mässiger Schilddrüsengaben ein[9]).

Bekanntlich fügt die Charcotsche Schule zu den 3 alten Kardinalsymptomen der B. K. als viertes das Zittern hinzu und dies Zittern finden wir auch beim Fütterungsthyreoidismus oft erwähnt[10]).

Dass von den beiden noch übrig bleibenden Kardinalsymptomen eine Strumabildung beim Fütterungsthyreoidismus nicht beobachtet wird, dass im Gegenteil etwa vorhandene Strumen unter dem Einfluss der Schilddrüsenfütterung sich zurückbilden, stimmt vollständig mit der Möbius'schen Theorie überein. Das ist ja eben der Unterschied zwischen B. K. und Fütterungsthyreoidismus, dass bei der B. K., nach Möbius' Annahme, eine übermässige Sekretion von Seiten der Schilddrüse stattfindet, die gewöhnlich zur Arbeitshypertrophie, also zur Struma führt, während beim Fütterungsthyreoidismus das Gift nicht von der Schilddrüse des Kranken geliefert, sondern von aussen eingeführt wird. Zur Ausbildung einer Arbeitshypertrophie liegt also gar keine Veranlassung vor, im Gegenteil infolge der Ueberschwemmung des Körpers mit Schilddrüsensubstanz ist eine verminderte Funktion mit konsekutiver Inaktivitätsatrophie viel wahrscheinlicher und steht in bester Uebereinstimmung mit der tatsächlich beobachteten Verkleinerung der Schilddrüse.

Im Widerspruch mit dieser Auffassung stehen allerdings diejenigen Fälle, wo unter dem Einfluss der Schilddrüsenfütterung eine Vergrösserung der Schilddrüse sich einstellte[11]). Aber wir müssen bei Aufstellung einer Theorie uns zunächst an das Gros der Fälle halten und darauf rechnen, dass vereinzelte Ausnahmen — und um solche handelt es sich hier tatsächlich — auch noch ihre besondere Erklärung finden werden.

Was nun schliesslich die Augensymptome betrifft, so hat man offenbar auf das etwaige Vorkommen des Gräfe'schen und Möbius'schen Symptoms, sowie auf die Frequenz des Lidschlages beim Fütterungsthyreoidismus bisher nicht geachtet; dagegen ist unbedingt zuzugeben, dass Exophthalmus zu den Seltenheiten gehört, da er selten erwähnt wird und ein Uebersehen desselben nicht gut möglich ist. Allerdings ist er hie und da beobachtet worden, so z. B. in dem eben erwähnten Fall von v. Notthafft: ein Herr welcher wegen Fettleibigkeit ohne ärztliche Verordnung innerhalb 5 Wochen die enorme Zahl von 1000 Schilddrüsentabletten einnimmt, erkrankt an einer ausgeprägten schweren Form der B. K. mit Struma und Exophthalmus, Gräfe'schem Zeichen und Seltenheit des Lidschlages, und sämmtliche Basedowerscheinungen gehen wieder zurück, nachdem er den Thyreoideagebrauch eingestellt hat.

Auch Béclère[12]) beobachtete an einer myxödemkranken Frau, die mit Schilddrüsensubstanz behandelt worden war, neben anderen Basedow- resp. Thyreoidismus-Erscheinungen das Auftreten von Exophthalmus.

Aber diese Fälle stehen so vereinzelt da, dass man möglicherweise Kraus[13]) wird Recht geben müssen, welcher wohl zugesteht, dass ein Teil der Symptome der B. K. thyreogenen Ursprungs ist, in Bezug auf den Exophthalmus aber dieses in Abrede stellt.

Vielleicht ist aber auch diese Inkongruenz zwischen der B. K. und dem Fütterungsthyreoidismus nur eine scheinbare. Einerseits lässt sich die Seltenheit des Exophthalmus beim Fütterungsthyreoidismus dadurch erklären, dass vor seiner Ausbildung sich andere üble Nebenwirkungen einstellen, derentwegen man die Schilddrüsen-

---

[8]) Ewald, Erkrankungen der Schilddrüse, Myxödem und Cretinismus, 1896, S. 189.
Ewald, therapeut. Anwendung der Schilddrüsenpräparate. Verh. des XIV. Kongr. f. innere Med. 1896, S. 110.

[9]) cf. Stabel, Berliner klin. Wochenschr. 1896, S. 93: «Eine mässige Steigerung der Pulsfrequenz während der Fütterung tritt fast konstant ... ein». — Georgiewsky, Ztschr. f. klin. Med. Bd. 33, 1897, S. 201: «Eine der bedeutendsten und konstantesten Erscheinungen, die bei unseren Hunden bei wiederholter ... Einführung der wirksamen Substanz der Schilddrüsen in ihren Organismus beobachtet wurde — das ist die allmähliche Entwickelung der Tachykardie». — Mikulicz und Reinbach, Mitteil. aus den Grenzgebieten Bd. VIII, 1901, S. 249: «Nach den vorliegenden positiven klinischen Beobachtungen zu schliessen ist» (näml. beim Fütterungsthyreoidismus) «die Steigerung der Pulsfrequenz (bis 120 in der Minute) das konstanteste und wichtigste Symptom».

[10]) Aus zahlreichen Beobachtungen, die hierfür als Belege dienen könnten, führe ich nur folgende an: Bruns, Beitr. zr. klin. Chir. Bd. XIII, 1895 S. 305; Notthafft, Zentralbl. f. innere Med. 1898; Magnus-Levy, Deutsche Ztschr. f. klin. Med. Bd. 33, 1897, Fall Nr. 3; Georgiewsky, deutsche Ztschr. f. klin. Med., Bd. 33, 1897; Jaenicke, Zentralbl. f. innere Med. 1901; Reinbach, Mitteil. aus den Grenzgebieten Bd. III, 1898, Fall 3.

[11]) cf. Ballet und Enriquez, referiert in Schmidt's Jahrbüchern Bd. 245, S. 139.
v. Notthafft, Zentralbl. f. innere Med. 1898, S. 353.

[12]) Zitiert nach Schmidt's Jahrbüchern Bd. 245, S. 139.

[13]) l. c. S. 261.

darreichung unterbricht, bevor es noch zum Hervortreten der Augen hat kommen können.

Andererseits sind die Augensymptome beim Morbus Basedowii wohl gar nicht so häufig, wie man nach den in den Kliniken vorgestellten Schulfällen und den Schilderungen in den Lehrbüchern erwarten könnte. Wie gross ihre Häufigkeit ist, hängt ganz davon ab, wie weit man den Begriff der B. K. fassen will.

Rechnet man alle die Fälle mässiger mit Struma verbundener Tachykardie, welche z. B. bei jungen Mädchen recht häufig sind, der B. K. zu — und ich glaube dass diese Auffassung die richtige ist — so sind die Augensymptome auch bei der B. K. eine relativ seltene Erscheinung.

Zu den konstantesten Erscheinungen der B. K. sowohl, als auch des Fütterungsthyreoidismus gehören ferner: vermehrter O-Verbrauch, vermehrte CO_2-Abgabe, vermehrte N-Ausscheidung und, als Resultat der gesteigerten Verbrennungsprozesse, Körpergewichtsabnahme. Die Körpergewichtsabnahme wird nur dann vermisst, wenn es gelingt, durch gesteigerte Nahrungszufuhr die Wirkung der vermehrten Verbrennungsprozesse auszugleichen [14]).

Neben der allgemeinen Körpergewichtsabnahme wird sowohl bei der B. K. als auch beim Fütterungsthyreoidismus oft noch besonders ein Schwinden der weiblichen Brüste hervorgehoben.

Von weiteren Symptomen, welche bei beiden erwähnten Zuständen öfter vorkommen, seien noch erwähnt:

Hitzegefühl, objektive Erhöhung der Körpertemperatur, Schweisse;

Kopfschmerz, Schwindel, Schlaflosigkeit;

Aufregungszustände, die sich bisweilen zu ausgesprochenen Psychosen steigern können;

Erbrechen, Durchfall;

Glykosurie, Polyurie.

Aus vorstehender Zusammenstellung ist ersichtlich, wie hochgradig die Uebereinstimmung zwischen B. K. und Fütterungsthyreoidismus ist und wenn von den Basedowsymptomen ausser der Struma vielleicht auch die Augensymptome beim Fütterungsthyreoidismus fehlen, so kann man umgekehrt doch sagen, dass sämmtliche Symptome des Fütterungsthyreoidismus sich beim Morbus Basedowii wiederfinden. Die Richtigkeit von Ewald's Angaben, dass bei der Fütterung mit Schilddrüsensubstanz gelegentlich Hautjucken auftritt, vorausgesetzt, muss man also annehmen, dass dasselbe auch zu den Basedowsymptomen gehören werde.

Ich glaube also gezeigt zu haben, dass der Pruritus ein, freilich seltenes Symptom der B. K. ist und dass er wahrscheinlich zu erklären ist durch den chemischen Reiz der im Blut im Uebermaass vorhandenen, möglicherweise auch noch qualitativ veränderten Absonderungsprodukte der Schilddrüse; der Pruritus bei der B. K. würde dann ein vollständiges Analogon bilden zu dem bei Ikterus und Diabetes vorkommenden.

Die praktischen Konsequenzen der Erkenntnis von dem Vorhandensein eines thyreogenen Pruritus liegen auf der Hand. Einerseits wird man bei Patienten, welche mit der Klage über Pruritus zu uns kommen, nicht nur den Urin untersuchen und auf das Vorhandensein von Ikterus achten, sondern man wird auch nach Basedowsymptomen fahnden und sich erkundigen ob Pat. nicht Thyreoideapräparate braucht. Andererseits werden wir im Falle, dass ein Pat. mit einigen Basedowsymptomen behaftet ist und wir im Zweifel sind, ob wir die Diagnose einer B. K. zu stellen berechtigt sind, u. A. auch da noch fragen, ob Pat. jetzt oder früher im Verlauf seiner Krankheit an Pruritus gelitten hat und im Bejahungsfalle, und bei Ausschluss anderer Ursachen für den Pruritus, wird unsere Diagnose um Einiges an Wahrscheinlichkeit gewinnen.

[14]) Es würde zu weit führen, wollte ich diese und meine folgenden Behauptungen durch Beläge aus der Literatur stützen. Wer sich dafür interessiert, der wird in den schon angeführten Monographien und in den Journalartikeln der letzten 10 Jahre das Betreffende finden.

XVIII. Aerztetag
der
Gesellschaft livländischer Aerzte in Wolmar*)

vom 20.—22. August 1906.

Programm:

Sonntag, den 20. August,

3 Uhr Nachmittags:

Eröffnung des Aerztetages.

Tagesordnung:

I. Sitzung von 3—7 Uhr Nachmittags.

1) Rechenschaftsbericht des Vorstandes.
2) Wahlen des Präses, Vizepräses, Sekretärs und Kassaführers laut § 8 der Statuten.
3) Bestimmung der Zeit und des Ortes für den nächsten Aerztetag.
4) Bericht der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra. Prof. Dehio, Dorpat.
5) Zur Frage der Herzdämpfung. Dr. v. Hampeln, Riga.
6) Ueber paroxysmale Tachycardie. Dr. E. Masing.
7) Zwei Fälle von milchähnlichem Ascites. Dr. E. Masing.

Montag, den 21. August.

II. Sitzung von 9½—2 Uhr Nachmittags.

1) Ueber die Bauchschüsse im russisch-japanischen Kriege. Dr. L. Bornhaupt, Riga.
2) Ueber Hernia inguinalis in Beziehung zur Clandicatio intermittens. Dr. W. v. Holst, Riga.
3) Zur Frage der medullären Anästhesie. Dr. O. Brehm, Riga.
4) Der gegenwärtige Stand der electrolytischen Therapie. Dr. W. v. Holst, Riga.
5) Ueber cerebrale Zustände nach Traumen. Dr. Ed. Schwarz, Riga.
6) Wie sollen die Schulärzte Hygiene vortragen? Dr. Koppe, Pernau.

*) Die Herren Kollegen, welche den Aerztetag zu besuchen gedenken, werden dringend gebeten, solches möglichst zeitig Herren Dr. Apping in Wolmar melden zu wollen.

3 Uhr Nachmittags:

1) Jahresversammlung der Unterstützungskasse der Mitglieder der livländ. Abteilung des St. Petersburger ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hülfe.

2) Jahresversammlung der livl. Abteilung des St. Petersburger ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hülfe.

Dienstag, den 22. August.

III. Sitzung von 10—1 Uhr Vormittags.

1) Gynäkologische Erfahrungen über Appendicitis. Dr. A. Keilmann, Riga.

2) Zum Kampfe gegen das Uteruscarcinom. Dr. E. Sintenis, Pernau.

3) Ueber Eklampsie. Dr. W. Ruth, Riga.

4) Demonstrationen: Dr. A. Keilmann und Dr. K. Tantzscher.

IV. Sitzung um 3 Uhr Vormittags.

1) Bericht über den Stand der Hebammenfrage. Dr. Keilmann, Riga.

2) Lebensverhältnisse der in der geburtshilflichen Poliklinik zu Riga geborenen Kinder. Dr. G. K. Schulz, Riga.

3) Morbiditätsverhältnisse der in der geburtshilflichen Poliklinik zu Riga behandelten Frauen. Dr. W. Ruth, Riga.

4) Amenorrhoe post partum. Dr. K. Tantzscher, Riga.

5) Verlesung des Protokolls der Sitzung.

Schluss des XVIII. Aerztetages.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Sein 70. Lebensjahr vollendete am 10./23. August einer der ausgezeichnetsten Physiologen und Anthropologen unserer Zeit, Professor Dr. med. und phil. Johannes Ranke in München. Nachdem er i. J. 1861 die medizinische Doktorwürde erworben hatte, habilitierte er sich 2 Jahre später an der Münchener Universität, an der er 1869 eine ausserordentliche Professur erhielt und 1886 zum ordentlichen Professor der Anthropologie auf dem ersten und bis jetzt einzigen Lehrstuhl dieser Wissenschaft an einer deutschen Hochschule ernannt wurde. Bald darauf erschien sein monumentales Werk «Der Mensch», über dessen II. Auflage (1894) Rudolf Virchow sich folgendermassen äusserte: «Wenn die Misanthropen jetzt und künftig ihre Klagelieder über «fin de siècle» singen, so können wir ihnen entgegentreten und ihnen ein Werk vorhalten, das allein ausreicht, um aller Welt klar zu machen, was dieses Jahrhundert auf dem schwierigsten Gebiete menschlicher Forschung geleistet hat». Neben seinen Vorlesungen über Anthropologie, hält Ranke auch Kurse über medizinische Physik ab.

— Ernannt: Der Korpsarzt des I. Armeekorps Dr. Nessler — zum Militär-Medizinalinspektor des Turkestanschen Militärbezirks; der Korpsarzt des III. Armeekorps Dr. Rjabinin — zum Militär-Medizinalinspektor des Amur-Militärbezirks und der Gehülfe des Militär-Medizinalinspektors Dr. Bronnikow — zum Gehülfen des Mil.-Medizinalinspektors des Omskischen Militärbezirks.

— Verabschiedet mit Uniform und Pension: der Militär-Medizinalinspektor des Turkestanschen Militärbezirks Dr. Gradussow und der Gehülfe des Militär-Medizinalinspektors des früheren sibirischen Militärbezirks Dr. Räder — beide unter Beförderung zum Geheimrat.

— Zum ausserordentlichen Professor der Psychiatrie an der Kasanschen Universität ist der bisherige etatmässige klinische Assistent des weiblichen medizinischen Instituts Dr. Ossipow ernannt worden.

— Dem Oberarzt des 36. fliegenden Feldlazaretts, Dr. Emanuel Ebermann, ist für ausgezeichnet eifrigen Dienst während des Krieges der St. Annenorden II. Klasse verliehen worden.

— Zum Stadthaupt von Wolmar (Livland) ist, der «Düna-Ztg.» zufolge, der frühere Stadtarzt, jetzt freipraktizierende Arzt Dr. Apping mit 16 gegen 4 Stimmen für das nächste Quadriennium gewählt worden. In Dr. Apping, der den sogenannten fortschrittlichen und den nationalen Standpunkt im Laufe des jüngst verflossenen Jahres scharf betont hat, erhält Wolmar das erste Stadthaupt lettischer Nationalität.

— Dem Prager Arzt Dr. Wohrizek wurde von der Jury der hygienischen Ausstellung in Wien für seinen «Korrektor»-Apparat zur Behandlung von Rückgratsverkrümmungen die goldene Fortschrittsmedaille verliehen.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) In Warschau der Ordinator am jüdischen Krankenhause Leo Fainstein im Alter von 41 Jahren. Seine ärztliche Tätigkeit hatte er i. J. 1892 begonnen. 2) Im Hakelwerk Kozk (Gouv. Siedlce) der dortige freipraktizierende Arzt Adolf Kisselewski im 61. Lebensjahre nach mehr als 35-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 3) In dem Kurort Busk (Gouv. Kielce) der städtische Sanitätsarzt Joseph Radsischewski im Alter von 72 Jahren. Als Arzt ist der Verstorbene seit 48 Jahren tätig gewesen. 4) Am 12. Juli zu Bonn der ordentliche Honorarprofessor der Chirurgie an der dortigen Universität Dr. Oskar Witzel. Der Hingeschiedene, welcher seit 1881 die Praxis ausübte, war zugleich Direktor des Friedrich Wilhelm-Hospitals und des Krankenhauses der barmherzigen Brüder in Bonn.

Von Universitäten und med. Instituten.

— In diesen Tagen tritt hier wieder eine Konferenz der Rektoren sämtlicher russischen Universitäten und der Direktoren der höheren Fachschulen zusammen, um über die zu ergreifenden Massregeln zur Wiederherstellung eines regelrechten akademischen Lebens zu beraten. Die frühere Konferenz ist bekanntlich ganz erfolglos gewesen.

— Vom Chef der militär-medizinischen Akademie wird zur Kenntnis der Studierenden gebracht, dass das neue Lehrjahr am 1. November d. J. beginnt, vom 1. September bis zum 15. Oktober aber die unterlassenen Vorlesungen des II. Semesters nachträglich gelesen werden sollen.

— Die Ernennung des Tübinger Professors Dr. Robert Wollenberg zum ordentlichen Professor der Universität Strassburg ist bereits erfolgt.

— Prof. Dr. K. Bonhoeffer in Breslau hat den Ruf an die Universität Tübingen als Nachfolger von Professor Dr. Wollenberg abgelehnt.

Standesangelegenheiten.

— Der ehemalige Dumaabgeordnete Dr. Fränkel ist bei seiner Ankunft in Uman verhaftet worden. Er wird beschuldigt im Juni in Uman unter den Bauern illegale Brochüren verteilt zu haben.

— In Woronesh ist das von Dr. W. Koljubakin redigierte Blatt «Woroneshskoje Slowo» konfisziert und der Redakteur dem Kriminalgericht übergeben worden. Dr. Koljubakin bekleidet auch den Posten des Vorsitzenden des Woroneshschen Gouvernements-Landschaftsamtes.

— Ueberfall und Beraubung eines Arztes in Kekau (Livland). In der Nacht auf den 7. August wurde an die Tür des Doktorats Kekau, in welchem der Dahlensche Kirchspielsarzt Dr. Hugo Frick wohnt, geklopft und der Arzt ersucht, zu einem Schwerkranken zu kommen. Als nun Dr. Frick die Tür öffnete, wurde er von sechs mit Revolvern bewaffneten Kerlen umringt, die von ihm Geld verlangten. Da der Arzt dieser grossen Zahl nicht gewachsen war,

so musste er sich ausrauben lassen, wobei die Banditen ihm eine Flinte, ein Paar Wasserstiefel und aus dem Schreibtisch 15 Rbl. raubten und dann unter Zurücklassung eines Pferdes nebst Wagen die sie anderswo gestohlen hatten, in den angrenzenden Wald sich verzogen.

— Zur Erforschung der Syphilis wurden zwei Berliner ärztlichen Forschern aus der Simonschen Stiftung namhafte Summen zuerkannt, und zwar Professor Lesser 6000 Mark und Dr. Siegel der dieser Krankheit sein besonderes Interesse zugewandt hat und auch einen besonderen Krankheitserreger gefunden haben will, 18000 Mark. Der bekannte Breslauer Forscher Prof. Dr. Neisser, der unlängst die Syphilis der Affen auf Java studiert hat, erhielt sogar 76,000 Mark aus derselben Stiftung.

Verschiedene Mitteilungen.

— Sanitätsbericht der japanischen Armee aus dem letzten Kriege. Wir berichteten bereits im vorigen Jahrgange Nr. 41 unserer Wochenschrift über die Erfahrungen eines japanischen Arztes über die gesundheitlichen Massnahmen an Bord japanischer Kriegsschiffe. Jetzt liegt uns auch eine interessante Mitteilung des Ober-Medizinalinspektors der japanischen Landarmee Generalarztes Dr. Koike, über die Verluste im russisch-japanischen Kriege 1904—1905 vor. Dieser auf Grundlage des offiziellen im April d. J. erschienenen Sanitätsberichtes zusammengestellten Mitteilung entnehmen wir nachstehende Daten: Im Laufe der 21 Kriegsmonate wurden auf dem Kriegsschauplatze 220.812 Mann verwundet, darunter waren 47.387 Tote. In diesen Zahlen sind die Verluste im Sanitätspersonal einbegriffen: es wurden 104 Aerzte verwundet und 19 Aerzte getötet, was von den 4517 an dem Feldzuge beteiligten Militärärzten in runder Zahl 2,5 pCt. ausmacht. Die Zahl der Kranken, welche in den Lazaretten und Hospitälern behandelt wurden, belief sich auf 236,223, darunter 27.158 Fälle von Infektionskrankheiten. Ausserdem wurden in den Militärhospitälern in Japan selbst und auf der Insel Formosa 97.850 kranke Japaner und 77.803 verwundete und kranke Russen behandelt. Der Gesamtverlust der japanischen Armee an Gefallenen, Verwundeten und Kranken betrug 554.885, mit Einschluss der verwundeten und kranken Russen, die in der Gefangenschaft sich befanden, aber — 632.688.

Vom niederen Sanitätspersonal wurden 450 verwundet und getötet. Das medizinische Personal bestand während des Krieges aus 4517 Militärärzten, 639 Pharmazeuten und 33.697 Personen des niederen Sanitätspersonals. Die japanische Gesellschaft des Roten Kreuzes lieferte für den Kriegsschauplatz 5470 und die Freiwillige Krankenpflege (darunter auch das Damenkomitee) 242 Personen des Sanitätspersonals. Auf dem Kriegsschauplatze entfiel auf je 108 Kranke und Verwundete ein Arzt.

Das Sanitätsmaterial war überall reichlich vorhanden und wurde aus den Sanitätsdepots geliefert. Die Arzneien wurden in Pillen-, Tabletten- und Pulverform angefertigt. Die Verbandpäckchen wurden hauptsächlich vom Damenkomitee unter strenger ärztlicher Aufsicht angefertigt.

Viel Schwierigkeiten bereitete das Aufsammeln und der Transport der Verwundeten. Für die Evakuation wurden 20 Hospitalschiffe, 6 Transport- und eine grosse Zahl anderer Dampfer benutzt. Im ganzen wurden 320.000 Kranke und Verwundete nach Japan evakuiert.

Im letzten Kriege erhielt jeder Japaner eine Broschüre über «Hygiene im Kriege». Zu prophylaktischem Zweck wurde jedem Soldaten nach jeder Mahlzeit eine Kreosotpille, die 0,10 Kreosot enthielt, verabreicht. Diese Massregel wurde streng durchgeführt und ergab gute Resultate.

Ein besonderes, schwer zu bekämpfendes Uebel bildeten die Fliegen, Mücken und Moskitos, gegen welche verschiedene Mittel: Netze an dem menschlichen Körper, an den Fenstern und über den Nahrungsmitteln, Vernichtung der Nester usw., angewandt wurden. Die Nahrungsration der japanischen Soldaten bestand aus Reis (ca. 1 Kilogramm pro Person) und 360 Gramm frischen Fleisches ohne Knochen, mit getrocknetem oder frischem Gemüse. Für Abwechselung in den Speisen wurde möglichst gesorgt. Mehrmals in der Woche wurden noch dazu süsse Speisen, Tabak und zweimal in der Woche 200 Gramm Sakke (Reisbranntwein) verabfolgt. Den Regimentern folgten Feldküchen und Marketender. Von den örtlichen Einwohnern bereitete Speisen zu geniessen, war streng verboten. Vom Oktober 1904 an wurde zu der Reisration ein Drittel Gerstengrütze hinzugegeben, was erheblich zu der Verminderung der Erkrankungen an Beri-Beri beitrug. Der Reis wurde abgekocht verabfolgt. Kessel und Feldflasche waren aus Aluminium; im Winter war der Kessel in Wolle gehüllt. Die Zwiebacke leisteten gute Dienste, wurden aber ungern genossen. Die Mannschaft trank nur gekochtes Wasser und Thee, welche von besonderen Kommandos bereitet wurden. Die Kleidung bestand im Winter aus Wolle und Pelzwerk. Es wurden überall, wo die Aerzte es für notwendig befanden, Desinfektionen ausgeführt.

Im japanisch-chinesischen Kriege entfielen auf einen Verwundeten 6,93 Kranke und auf einen an Verwundung Gestorbenen 12,09 an Krankheiten Verstorbene, während im russisch-japanischen Kriege diese Zahlen 1:15 und 1:37 betrugen.

Obschon der Kriegsschauplatz derselbe war, wie in den Jahren 1894—95, so war doch die Morbidität in der japanischen Armee in den Jahren 1904—1905 sechsmal und die Mortalität 33-mal geringer. Im Jahre 1903 war die Morbidität in der japanischen Armee grösser als zur Zeit des Krieges. Während des russisch-japanischen Krieges verlor die japanische Armee an Gefallenen und Verwundeten 14,58 pCt. ihres Bestandes (es folgt daraus, dass die japanische Armee fast 1.515000 Mann stark war), während in den grossen europäischen Kriegen diese Verluste höchstens 13,39 pCt. betrugen.

Diese von den Japanern erzielten glänzenden sanitären Resultate im Kriege von 1904—1905 verdanken sie der hohen Entwickelung und richtigen Einrichtung des Sanitätswesens in der Armee und der gemeinsamen Mitwirkung des Militärs und des Volkes.

Bf.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

№ 34 St. Petersburg, den 26. August (8. September). **1906.**

Die Cystoskopie bei der Diagnostik von Nierenkrankheiten.

Von

Dr. med. W. Schiele.

(Vortrag, gehalten am 25. April 1906 im Verein St. Petersburger Aerzte).

Auch von Nichturologen wird die Bedeutung der Cystoskopie bei Erkrankungen der unteren Harnwege mehr und mehr anerkannt und gewürdigt, wenngleich das Verfahren noch lange nicht den ihm gebührenden Platz unter den diagnostischen Methoden einnimmt. Ohne grosse Schwierigkeiten lassen sich in der Blase Steine, Tumoren, Divertikel und Fremdkörper nachweisen. Ueber die Ursache so mancher Blutung aus dem Urogenitaltractus, so mancher hartnäckigen Cystitis giebt uns erst die Cystoskopie Aufklärung. Sie lässt uns mit Sicherheit und in ungefährlicher Weise die Art und den Umfang einer Prostatahypertrophie feststellen und die Entscheidung treffen, ob der Patient einer unblutigen Operation nach Bottini zugänglich ist oder nicht. (d. h. ob die Seitenlappen der Prostata oder der Mittellappen vergrössert). Weniger bekannt ist der grossen Mehrzahl der praktischen Aerzte, dass die Cystoskopie auch in einer Reihe von Nierenkrankheiten die Möglichkeit giebt eine exakte Diagnose da zu stellen, wo dieses mit den bisherigen Untersuchungsmethoden häufig nicht möglich war.

Die Nierenleiden verlaufen nicht selten ohne deutliche subjektive oder objektive Symptome oder unter Erscheinungen, die den Arzt leicht irreführen können. Die Schmerzen werden vom Patienten oft auf ganz andere Organe bezogen und an Stellen verlegt, die weit entfernt sind vom Sitze des kranken Organes. Bei Koliken der rechten Niere empfindet der Kranke die Schmerzen z. B. bisweilen auf der linken Seite oder umgekehrt. Oder die Schmerzen werden in den Unterleib, die Hüften, die Oberschenkel, den Rücken, die Schultern, verlegt. In meiner Behandlung befindet sich eben eine Dame, deren Nierensteinkoliken einen erfahrenen Chirurgen zur fehlerhaften Diagnose einer Perityphlitis führten. Die Patientin wurde operiert, die Beschwerden bestanden aber nach Entfernung des Processus vermiformis unvermindert fort und schliesslich bewies der Abgang eines Nierensteines unzweifelhaft Sitz und Ursache des Leidens. Bekannt ist ferner, dass Nierensteine starken Harndrang auslösen können und häufig Schmerzen verursachen, die vom Kranken an der Penisspitze empfunden werden. In anderen Fällen hinwieder treten starke Schmerzen in der Nierengegend auf, denen gar keine anatomischen Veränderungen in den Nieren entsprechen, Nierenkoliken rein nervösen Ursprungs.

Hervorragende Vertreter der älteren urologischen Schule, wie Guyon, Thomson, Israel etc. haben in genialer Weise auch mit den unzureichenden älteren diagnostischen Methoden häufig die schwierigsten Krankheitsprobleme zu lösen vermocht vermöge einer so feinen Beobachtungsgabe und Untersuchungstechnik, wie sie eben nur Meistern in ihrer Kunst eigen ist, deren angeborenes Talent eine langjährige Erfahrung und ein riesiges Krankenmaterial in einem Masse entwickelt hat, wie es gewöhnlichen Sterblichen nicht eigen ist. Mit Hülfe der neueren Methoden und Mittel, vor allem dem Cystoskop, dem Ureterenkatheterismus und ähnlichen sind uns jedoch neue Wege eröffnet, die allen Urologen in den meisten schwierigen Fällen eine exakte Diagnose ermöglichen, sofern sie nur mit dem Instrumentarium und den Methoden vertraut sind.

Neben der sorgfältigen Beobachtung des allgemeinen Krankheitsbildes und der subjektiven und objektiven Symptome, der Inspektion und Perkussion, bleiben nach wie vor die wichtigsten diagnostischen Mittel die Harnanalyse und die Palpation der Nieren. Die in seltenen Fällen geübte Punktion der Nieren und ihre Freilegung per Laparotomiam oder von der Lumbalgegend aus werden zu diagnostischen Zwecken wohl kaum mehr angewandt werden. Ohne Frage giebt einem geübten Arzte die Palpation der Nieren sehr wertvolle Aufschlüsse, es

giebt aber viele Fälle, in denen es selbst dem Erfahrensten nicht gelingt etwas herauszupalpieren z. B. bei hochgradiger Adipositas, straffen Bauchdecken u. ähnl., ja es genügt, dass der Kranke nicht imstande ist seine Bauchdecken genügend zu entspannen, um alle Versuche des Arztes zu vereiteln. Dazwischen lässt sich dann noch etwas im warmen Bade oder in der Narkose erreichen, doch werden nicht viele Aerzte nur zu diagnostischen Zwecken zur Narkose greifen. Die gebräuchlichste Art der Palpation ist die bimanuelle Untersuchung, wobei sich der Patient mit angezogenen Beinen in der Rückenlage befindet und tiefe Inspirationen ausführt. Israel empfiehlt statt der Rückenlage die Seitenlage, der Kranke liegt dabei mit gebeugten Knieen auf der gesunden Seite. Guyon hat das sog. Ballottement rénal angegeben, das sich vielfach als zweckmässig erweist und darin besteht, dass man bei Rückenlage des Kranken mit den untergeschobenen Fingern kurze Schläge gegen die Lendengegend ausführt, wodurch die Niere gegen die vordere Bauchwand und die sie umfassende Hand des Untersuchers geschnellt wird. Zu erwähnen ist noch ein von Glenard angegebenes Verfahren, von ihm Precédé de pouce genannt, wobei die Finger des Untersuchers von hinten die Niere gegen den vorne auf die Bauchdecken aufgestützten Daumen zu drängen suchen.

Die Bedeutung der Harnanalyse und ihre Ausführung ist einem jeden Arzte bekannt. Sie allein zeigt uns häufig das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein einer Erkrankung der Harnwege und Nieren an, sie gestattet uns Schlüsse auf den Stoffwechsel und eine Reihe Erkrankungen anderer Organe, des Herzens, der Leber, des Magendarmtraktus, von Infektionskrankheiten etc. Die Harnanalyse ist aber nicht imstande uns sichere Aufschlüsse über den Sitz des Leidens zu geben und hier setzen die neueren Untersuchungsmethoden ergänzend ein und füllen eine schon längst empfundene Lücke aus. Eine Trübung des Urins und Eitergehalt desselben kann z. B. hervorgerufen sein durch eine Erkrankung der Uretra (Gonorrhoe), der Blase, des Nierenbeckens oder der Nieren, ohne dass uns die bisherigen Untersuchungsmethoden einigermassen sichere Anhaltspunkte und Kennzeichen zu einer genauen Differential- und Lokaldiagnose boten. Denn weder die Art der Trübung, die Reaktion des Harns, die Menge des ausgeschiedenen Eiters und Albumens, noch die Form der Eiterkörperchen und Epithelien oder die Art und Menge der Blutbeimengungen gestatten zuverlässige und einwandfreie Schlüsse. Und selbst wenn sich eine Beteiligung der unteren Harnwege ausschliessen liess und eine Erkrankung der Nieren feststand, so blieb immer noch die Frage offen, ob beide Nieren oder nur eine erkrankt war und wenn nur eine, welche von beiden. Die Frage zu beantworten gestatten uns jetzt in den meisten Fällen die Cystoskopie, die Scheidung der Urine in der Blase und der Kateterismus der Ureteren.

Als Erfinder des Cystoskopes ist Désormeaud in Paris zu bezeichnen, der mit seinem, allerdings recht unvollkommenen Instrumente mit äusserer Lichtquelle, Blasensteine erkennen und demonstrieren konnte, die er in einem bereits 1865 erschienenen Buche abgebildet hat. Das erste einigermassen brauchbare Cystoskop wurde nach den Angaben Nitze's 1879 von Leiter in Wien konstruiert mit Anwendung einer inneren elektrischen Lichtquelle und eines optischen vergrössernden Apparates. Doch erst nach Erfindung der Edison'schen Mignonglühlämpchen und Anbringung solcher am Cystoskop erlangte das Cystoskop 1887 eine Handlichkeit und Brauchbarkeit, die es zu allgemeinerer Anwendung befähigten. Das Instrument hat seitdem einige Veränderungen und Verbesserungen erfahren, ist im Wesentlichen aber dasselbe geblieben. Die Erfindung eines Instrumentes, das die Besichtigung des Blaseninneren gestattet, bedeutete einen gewaltigen Fortschritt in der Urologie. Bald gelang es auch mit seiner Hülfe erfolgreich das Problem zu lösen, den Urin einer jeden Niere gesondert aufzufangen. Zu diesem Zwecke hatten verschiedene ältere Autoren sinnreiche Methoden erdacht, die sich in praxi aber nicht bewährten. Der eine suchte dieses durch manuelle oder instrumentelle Kompression des einen Ureters zu erreichen, der andere durch Verschluss einer der Ureteröffnungen mit pfropfartigen Instrumenten oder Klemmen, ja einzelne griffen selbst zu operativen Eingriffen, Umstechung und Ligatur der Ureteren oder Katheterismus noch Sectio alta und Colpocystotomie. Mit Hülfe und unter Leitung des Cystoskopes gelang der Katheterismus der Ureteren bald einigen Aerzten auf unblutigem Wege, die Methode ist aber durch Anbringung von Kathetern am Cystoskop selbst, der Erfindung der sog. Ureterencystoskope (Modelle nach Casper und Nitze in Berlin und Albarran in Paris), in ein neues Stadium getreten und bei einiger Uebung einem jeden Arzte zugänglich geworden.

Immerhin bietet der Katheterismus der Ureteren gewisse technische Schwierigkeiten und ist in etwa 5 pCt. der Fälle überhaupt nicht ausführbar, wenn die Blase starke Verziehungen (para- und perimetritische Prozesse) oder Veränderungen erfahren hat (Trabekeln), bei Divertikeln, hochgradiger Prostatahypertrophie, Tumoren etc. Die Suche nach einfacheren Instrumenten und Methoden hat daher nicht aufgehört und wird besonders in Amerika und Frankreich eifrig fortgesetzt und zwar einerseits mit Cystoskopen ohne optischen Apparat, die die Blase und die Ureteren nicht im umgekehrten, sondern im direkten Bilde, dem Auge sichtbar machen, und andererseits mit Instrumenten, die das gesonderte Auffangen des Harnes beider Nieren durch Separierung der Urine in der Blase, ermöglichen. Dieses letztere ist zwei französischen Autoren in recht erfolgreicher Weise gelungen, ihre sogen. Segregatore sind, in geeigneten Fällen, durchaus brauchbare Instrumente und das Verfahren bedeutend einfacher, als der Ureterenkateterismus. Voraussetzung ist nur völlige Intaktheit der Blase, besteht eine Cystitis, so lässt sich die Separierung natürlich nicht anwenden ohne zu falschen Schlüssen zu führen. Wenn wir im Einzelnen etwas näher die Krankheiten und Anomalieen der Niere betrachten, bei denen früher eine sichere Diagnose meist unmöglich war, die jetzt mit Hülfe des Cystoskopes häufig gestellt werden kann, so sind es im Wesentlichen folgende:

1. Angeborener Mangel einer Niere, Missbildungen der Nieren und Ureteren.

Das Fehlen einer Niere ist selten, links häufiger wie rechts. Die andere Niere ist in solchen Fällen hypertrophisch, da sie die Funktion der fehlenden mit erfüllen muss. Wenn die bimanuelle Untersuchung den Verdacht auf Fehlen einer Niere erwecken oder Zweifel hierüber übrig lassen sollte, so löst diese die Cystoskopie, die uns eine resp. zwei Ureterenmündungen zeigen wird. Es könnte allerdings auch noch ein angeborener Mangel eines Ureters in Frage kommen, wobei die entsprechende Niere einen hydropischen Sack darstellt, oder die Hydronephrose könnte Folge einer angeborenen Obliteration eines Ureters sein. Einführung eines Katheters in den fraglichen Ureter wird in diesen Fällen die Frage entscheiden. Der häufigste Sitz der angeborenen Obliteration ist nahe der Mündung des Ureters in die Blase. Erworbene Strikturen und Verschliessungen der Ureteren finden sich infolge entzündlicher Vorgänge, die sich von der Blase oder dem Nierenbecken auf die Ureteren fortsetzen oder die Ursache kann die Einklemmung eines Nierensteines im Ureter sein.

2. Bei allen eitrigen Prozessen der Harnwege und Nieren kommt der endoskopischen Untersuchung zur Stellung der Lokaldiagnose die entscheidende Rolle zu.

Die Besichtigung der Blase giebt uns darüber Aufschluss, ob diese gesund ist oder nicht und wenn sie erkrankt ist, über die Ursache des Leidens. Die Untersuchung der gesondert aufgefangenen Urine der beiden Nieren vermittelst Separierung der Urine oder Ureterenkatheterismus klärt uns über den Zustand der Nieren auf. Wir können so mit der grössten Sicherheit feststellen, woher der Eiter im Harne stammt, wo der Sitz der eitrigen Harntrübung zu suchen ist, ob in Harnröhre, Blase oder den Nieren oder in mehreren Organen gleichzeitig, oder, wenn nur eine Niere erkrankt ist, welche es ist. Nach wie vor behält natürlich ihre Bedeutung die mikroskopische und chemische Analyse des Urins resp. der Harne einer jeden Niere. Ohne die ergänzende Untersuchung mit Cystoskop und Ureterenkatheter sind die Schlüsse, die man aus der Harnanalyse und aus der Palpation der Nieren ziehen kann aber nur sehr unsicher. Eine erkrankte Niere kann vergrössert sein, sie ist es aber lange nicht immer; der Harn reagiert bei Pyelitis resp. Pyelonephritis meist sauer, bisweilen aber auch alkalisch, während der bei Cystitis meist alkalisch reagierende Urin bei manchen Cystitisformen (Tuberkulose) sauer reagieren kann. Die Form der Epithelien ist nicht charakteristisch für ihre Herkunft, wie man es früher annahm, da neuere Untersuchungen gezeigt haben, dass bei Entzündungsvorgängen im Urogenitaltraktus die Metaplasie eine grosse Rolle spielt, d. h. unter dem Einfluss der Entzündung ändert sich der Charakter und die Form des Epithels der Schleimhaut. Ein unanfechtbarer Beweis aber dafür, dass, bei Ausscheidung eiterhaltigen Urins, die Niere der Sitz der Erkrankung und der Ort der Eiterproduktion ist, besteht darin, dass die Blase sich bei cystoskopischer Untersuchung als gesund erweist und der eitrige Harn aus dem der betreffenden Niere entsprechenden Ureter gewonnen wird.

Eine der wichtigsten und eine nicht seltene Erkrankung der Nieren ist die Tuberkulose. Im Gegensatz zu früheren Ansichten wissen wir jetzt, dass sie meist auf haematogenem Wege entsteht, nicht selten einen Primärherd im Organismus darstellt und einseitig auftritt. Eine frühzeitige Diagnose ist von der allergrössten Wichtigkeit um das erkrankte Organ rechtzeitig entfernen zu können und so einer Verbreitung des Uebels vorzubeugen. Die Möglichkeit hierzu geben uns die neuen Methoden, die Cystoskopie und der Ureterenkatheterismus.

3. Weiterhin sind Leiden, die seither zu vielen Fehldiagnosen Anlass gaben, die Hydro- (resp. Pyo)-nephrose.

Finden wir bei der Palpation eine Geschwulst in der Nierengegend, so handelt es sich in den meisten Fällen um einen Nierentumor oder eine Hydro- (Pyo-) nephrose. Die Ursachen der Hydronephrose sind sehr verschiedene: sie kann durch eine abnorme Insertion des Ureters im Nierenbecken und dadurch bedingte Falten- und Klappenbildung, durch Knickung und Achsendrehung des Ureters, durch Strikturen und durch im Ureter eingeklemmte Steine, verursacht werden; ferner durch peri- und parametritische Prozesse, durch Tumoren der Ovarien, des Uterus, die die Ureteren komprimieren, durch Neubildungen der Ureteren selbst, und schliesslich durch Abflusshindernisse für den Urin aus der Blase bei Blasentumoren, hochgradiger Prostatahypertrophie und selbst Harnröhrenstrikturen. In Folge der Harnstauung dehnen sich alle oberhalb des Hindernisses gelegenen Teile, besonders die Ureteren und das Nierenbecken, mehr und mehr aus. Der Ureter kann sich bis zum Umfang des Dünndarmes erweitern, wobei seine Wandungen stark verdickt sind. Durch allmählich mehr und mehr zunehmende Ausdehnung des Nierenbeckens, der Nierenkelche und sklerotische Atrophie des Nierenparenchyms entstehen bisweilen enorme Cysten und Tumoren. Diese stellen häufiger offene Säcke dar, aus denen beständig ein Teil des Inhaltes in die Blase abfliesst, in selteneren Fällen jedoch, bei den sog. intermittierenden Hydronephrosen, entleert sich die Cyste von Zeit zu Zeit fast vollkommen, bald ist der Abfluss gehemmt und der Sack schwillt zu einer prall gefüllten enormen Geschwulst an. Durch Eindringen von Eitererregern kann aus der Hydro- eine Pyonephrose werden. In anderen Fällen entsteht die Pyonephrose primär, indem bei eitrigen Prozessen in Blase und Nierenbecken die Ureteren mit ergriffen werden und sich Verengerungen in denselben ausbilden oder durch Steineinklemmungen Abflusshindernisse für den Eiter und Urin aus dem Nierenbecken entstehen. Da die Hydronephrosen meist einseitig sind und die andere Niere die Funktionen der ausfallenden mit übernimmt, so sind weder qualitative noch quantitative Veränderungen des Urins zu bemerken. Sowohl bei offenen wie intermittierenden Hydronephrosen (Pyonephrosen) gelingt es nicht selten den Ureter zu katheterisieren, das Hindernis zu überwinden und der im Cystensack angesammelten Flüssigkeit Abfluss zu verschaffen, wodurch der Tumor mit einem Schlage zum Schwinden gebracht wird und die Diagnose gesichert ist.

Eine Heilung durch Dehnung der Ureterstrikturen, Ueberwindung und Redressierung der Achsendrehungen, Beseitigung der eingeklemmten Steine vermittelst des Ureterenkatheterismus lässt sich leider nur sehr selten erzielen.

Eine Frage von der grössten Bedeutung ist bei allen Nierenleiden die Funktionstüchtigkeit und Leistungsfähigkeit der erkrankten Organe. An Versuchen diese festzustellen hat es nicht gefehlt. Hierzu dient in erster Linie die chemisch-quantitative Analyse des Harns, vor allem die Bestimmung der Ausscheidung von Stickstoff, Harnstoff und Chlor. Allein v. Noorden und Ritter sind auf Grund umfangreicher Untersuchungen zu dem Resultate gekommen, dass man aus der Stickstoffelimination keine zuverlässigen Schlüsse auf den Zustand und die Leistungsfähigkeit der Nieren ziehen könne und dasselbe gilt von der Chlor- und Harnstoffbestimmung. Eine andere Methode beruht auf der Einverleibung verschiedener Farbstoffe in den Organismus, wobei die Zeitdauer, die vom Moment der Einverleibung bis zum Erscheinen der Farben im Harne, vergeht, als Massstab für die Funktionstüchtigkeit der Nieren dient. Achard und Castaigne verwandten das Methylenblau, das subkutan injiziert wird. Beim Gesunden erscheinen die ersten Spuren des Methylenblau im Urin etwa eine halbe Stunde nach der Injektion, nach 5 Stunden erreicht die Ausscheidung ihren Höhepunkt, um nach 35—40 Stunden allmählich wieder völlig zu schwinden. Verzögerung im Auftreten des Methylenblau im Urin, Abweichungen der Intensität der Ausscheidung von der Norm, Verlangsamung oder Verkürzung der Eliminationsdauer weisen auf Störungen der Nierenfunktion hin. Andere Autoren verwenden statt Methylenblau Rosanilin oder Indigocarmin in derselben Weise. Die Ergebnisse dieser Probe sind leider jedoch auch nicht zuverlässig.

Eine weitere Methode besteht in der Erzeugung einer künstlichen Glykosurie durch Injektion von Phloridzin, eines Glycosides, dessen Diabetes hervorrufende Wirkung zuerst von v. Mering entdeckt worden ist. Zuntz bewies, dass der Diabetes ein renaler sei und Achard und Delamarre fanden, dass eine Verminderung oder völliges Ausbleiben der Glykosurie nach Phloridzin auf eine Erkrankung der Nieren hinweise. Aber leider gilt

auch von dieser Probe dasselbe, wie von der vorigen, nämlich: dass die Resultate nicht einwandsfrei und sicher sind.

Etwas grösseres Vertrauen verdient die Gefrierpunktsbesimmung, die Kryoskopie des Harnes, die von K o r a n y i in Budapest in die Medizin eingeführt worden ist. Der Harn bei Nierenkranken besitzt eine abnorm geringe molekulare Konzentration d. h. enthält einen geringeren Gehalt an festen Molecülen, als der Urin normaler Nieren. Ausdrücklich sei hervorgehoben, dass das Eiweiss nicht in Betracht kommt, sondern nur die durch die Nieren ausgeschiedenen Auswurfstoffe, nur diese beeinflussen den Gefrierpunkt. In Folge der geringeren molekularen Konzentration des Urins liegt sein Gefrierpunkt höher, näher dem Gefrierpunkt des Wassers, als der des Urins normaler Nieren, der mehr feste Moleküle enthält. Die physiologischen Schwankungen sind aber sehr grosse und daher die absoluten Zahlen nur mit grosser Vorsicht zu verwerten. Es hat sich aber weiterhin erwiesen, dass sich aus der Veränderlichkeit des Harn-Gefrierpunktes vor und nach Aufnahme grösserer Flüssigkeitsmengen in den Organismus gewisse diagnostische Anhaltspunkte gewinnen lassen. Bei gesunden Personen sezernieren die Nieren nach grösseren Flüssigkeitsaufnahmen einige Stunden hindurch stark diluierten Harn mit hohem Gefrierpunkt, der erst nach 2—3 Stunden wieder eine mittlere normale Konzentration mit niedrigem Gefrierpunkt erreicht. Anders bei parenchymatöser Nephritis z. B., hier sind die Nieren nicht imstande den gesteigerten Ansprüchen nach Aufnahme grösserer Flüssigkeitsmengen zu genügen, die Urinmenge bleibt daher fast unverändert die gleiche und ebenso die relativ starke Konzentration des Urins und sein niedriger Gefrierpunkt. Bei interstitieller Nephritis hingegen ist die molekulare Konzentration des Harnes beständig eine sehr geringe und der Gefrierpunkt ein sehr hoher und ändert darin auch eine erhöhte Flüssigkeitsaufnahme nichts.

Wenn jede dieser Proben für sich auch nicht genügt, um uns ein richtiges Bild über die Leistungsfähigkeit und Funktionskraft der Nieren zu geben, so kann man immerhin aus der Kombination verschiedener Methoden einigermassen zuverlässige Anhaltspunkte zur Beurteilung dieser Frage gewinnen. Dieses hat C a s p e r benutzt, um, im Verein mit R i c h t e r, seine Methode der funktionellen Nierendiagnostik auszuarbeiten, deren Sinn und Bedeutung nach seinen eigenen Worten in folgendem zu sehen ist: „Die Folgezeit hat gelehrt, sagt er, dass eine der wichtigsten Fragen auf dem ganzen Gebiete der Nierenchirurgie die ist: wenn die eine Niere als Sitz einer Erkrankung erkannt ist, wie ist die Arbeitskraft, Funktionsfähigkeit der zweiten beschaffen? Denn will man die kranke Niere entfernen, so ist nicht sowohl wichtig zu wissen, ob die zweite Niere völlig gesund ist, sondern vielmehr, ob sie gut arbeite, und zwar so gut, dass sie nach Fortnahme der anderen ausreicht, die von den Nieren zu bestreitenden Lebensfunktionen des Individuums zu bestreiten“.

Bei der Ausführung der funktionellen Untersuchung der Nieren stützt sich C a s p e r in der Hauptsache auf folgende Erwägungen: Es hat sich bei vielen Untersuchungen ergeben, dass bei Gesunden beide Nieren in der gleichen Zeiteinheit und gleichzeitig etwa die gleichen Mengen Urin von gleicher chemischer Zusammensetzung und molekularer Konzentration liefern, deren Gefrierpunt annähernd der gleiche ist. Ebenso ist nach Phloridzininjektion die von den beiden Nieren im Urin ausgeschiedene Zuckermenge die gleiche. „Ist nun die Niere in ihren Funktionen gestört, so wird weniger Stickstoff von dieser Niere ausgeschieden, es werden weniger Moleküle aus dem Blute herausgearbeitet (d. h. die molekulare Konzentration ist geringer), die Niere produziert weniger Saccharum als die gesunde, d e s h a l b b l e i b e n d i e Z a h l e n d e r k r a n k e n S e i t e s t e t s g e g e n d i e g e s u n d e z u r ü c k“. In Fällen starker Schädigung oder Zerstörung des Nierengewebes wird überhaupt kein Saccharum nach Phloridzin ausgeschieden und der Gefrierpunkt des Urins nähert sich bedeutend dem des Wassers.

Festzuhalten ist, dass C a s p e r seine funktionelle Nierendiagnostik nur angewandt wissen will, um V e r g l e i c h s w e r t e der Funktion beider Nieren bei ein und demselben Individuum zu erhalten. Die Methode ist daher erstens geeignet, uns in zweifelhaften Fällen die Differentialdiagnose zu ermöglichen, indem das Zurückbleiben der Zahlen auf einer Seite diese als die erkrankte bezeichnet; oder, wenn beide Nieren als krank erkannt sind, uns zeigt, welche die schwerer affizierte ist. Zweitens, wenn es sich um die Frage handelt, ob man es wagen darf eine schwer (z. B. tuberkulös) erkrankte Niere zu entfernen, wenn die andere auch nicht mehr ganz intakt ist, so wird uns häufig die funktionelle Nierendiagnostik nach C a s p e r - R i c h t e r gestatten die Entscheidung zu treffen. Nehmen wir an, die eine Niere ist nicht oder kaum mehr imstande nach einer Phloridzininjektion Zucker zu produzieren, die ausgeschiedene Harnstoffmenge ist sehr gering, der Gefrierpunkt des Urins sehr hoch, die andere Niere dagegen übertrifft in all' diesem die erstere um ein Mehrfaches, so ergiebt sich daraus, dass die Arbeit der schwerer affizierten Niere eine so geringfügige ist, dass sie für den Organismus kaum mehr in Betracht kommt und dass die andere Niere auch nach ihrer Entfernung in der Lage sein wird ihrer Aufgabe zu genügen. Die Nephrektomie wird also möglich sein.

Die Untersuchung wird in folgender Weise ausgeführt: Der Patient erhält eine Phloridzininjektion, hierauf werden gleichzeitig die beiden Ureteren katheterisiert und der Urin einer jeden Niere gesondert aufgefangen. Es wird dabei sorgfältig auf die gleichzeitig in der gleichen Zeiteinheit ausgeschiedene Menge und das Aussehen der Urine geachtet, der Gefrierpunkt und das spezifische Gewicht bestimmt und hierauf eine mikroskopische und chemische Analyse ausgeführt, bei welch' letzterer der Harnstoff, Zucker- und Albumingehalt festgestellt wird. Will man noch sicherer gehen und eventuelle Irrtümer, die durch die Wirkung des Phloridzin's, das die Diurese bisweilen stark steigert, entstehen können, anschliessen, so fängt man zuerst den Urin beider Nieren gesondert v o r der subkutanen Einspritzung von Phloridzin und dann noch einmal n a c h derselben auf. Hierdurch wird aber natürlich die Dauer der ganzen Prozedur bedeutend verlängert, was für den Patienten nicht ohne Bedeutung ist.

C a s p e r hat bereits mehrere Jahre hindurch systematisch die funktionelle Nierendiagnostik an einem grossen Krankenmaterial zur Anwendung gebracht. Sie hat ihm in vielen zweifelhaften Fällen die Stellung einer exakten Diagnose gestattet, die später bei der Operation und Obduktion ihre Bestätigung gefunden hat. Er hebt unter anderen folgende interessante Beispiele hervor: ein Fall von Nierensteinen, in dem es auf keine andere Weise möglich war die kranke Seite zu bestimmen. In einem Falle von Nebennierengeschwulst, die als Nierentumor gedeutet wurde, liess die funktionelle Nierendiagnostik die Beteiligung der Nieren mit Sicherheit ausschliessen. In einem weiteren Falle liess sich n u r so die Frage entscheiden, ob eine Perityphlitis oder ein Nierentumor vorläge und schliesslich bewiesen die gleich hohen Funktionswerte beider Nieren in einem Falle zweifelhafter Nephralgie, dass eine anatomische Erkrankung der Nieren nicht vorliege und dass es sich um eine rein nervöse Nephralgie handeln müsse und anderes.

Zugleich ermahnt Casper aber nie zu vergessen, dass die funktionelle Nierendiagnostik uns mit Sicherheit nur einen Maasstab für den Verlust und den Grad und Umfang der Zerstörung von Nierengewebe bietet, nicht uns aber gestattet Schlüsse auf die Art und Ausbreitung entzündlicher Affektionen der Nieren zu ziehen.

Im Gegensatz zu Casper hält Senator daran fest, dass sich aus dem Charakter der weissen und roten Blutkörperchen Schlüsse auf ihre Herkunft ziehen lassen. Bei der Nephritis sollen sich im Harne ausschliesslich einkernige Leukocyten finden, während bei Pyelitis, Cystitis und Urethritis sich hingegen nur mehrkernige finden. Blutungen aus den Nieren seien charakterisiert durch Anwesenheit von Blutkörperchenfragmenten, während bei Blutungen aus den unteren Harnwegen die Blutkörperchen gut erhalten sind. Der schnelleren oder verlangsamten Ausscheidung durch die Nieren gewisser Stoffe, wie Terpentin, Arbutin, Jod, Salicylsäure, Methylenblau und Rosanilin legt Senator eine gewisse Bedeutung bei der funktionellen Diagnostik bei, während die Bestimmung der molekularen Konzentration des Urins ihm wenig beweisend erscheint. Kapsamer hält ebenfalls die Kryoskopie des Urines für recht bedeutungslos und legt dagegen bei der vergleichenden funktionellen Diagnostik beider Nieren der Zuckerausscheidung nach Phloridzin und der von Völkers und Joseph empfohlenen Indigokarminprobe einen grossen Wert bei. Wir ersehen hieraus, dass die Untersuchungen auf diesem Gebiet noch nicht als abgeschlossen zu betrachten sind. Immerhin sind die bisher gewonnenen Resultate von nicht geringem praktischen Werte. Es war meine Absicht, meine Herren, Ihnen in grossen Zügen die in neuester Zeit gemachten Fortschritte und Funde in der Urologie vorzuführen und Ihre Aufmerksamkeit auf ein im Allgemeinen noch zu wenig beachtetes Gebiet der Medizin zu lenken. Im Interesse der Wissenschaft und der Kranken scheint es mir durchaus wünschenswert, dass die Ergebnisse der Forschung auf diesem Spezialgebiete und der Nutzen, den sie in entsprechenden Fällen bringen können, der Aerztewelt mehr und mehr bekannt werde und die Beachtung und Anerkennung finden, die ihnen zukommt.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 5. April 1906.

Vor der Tagesordnung stellt Dr. Julius Eliasberg folgenden Fall vor:

Es handelt sich um 4 Geschwister, welche alle dasselbe Bild bieten: fast am ganzen Körper ist die Haut sehr rauh, trocken, schilfernd. Die Hautfurchen deutlich markiert, entsprechend diesem die Hornschicht mehrfach eingerissen, deutliche Felderung infolgedessen der Hautoberfläche und Schuppenbildung. Die Streckseiten der Gelenke besonders intensiv affiziert, — im Gegensatz dazu an den Beugeflächen, wie Ellenbogen, Inguinalgegend, Axelhöhle und Kniekehle die Haut weich, geschmeidig normal secernierend. Bei einem der Knaben, bei welchem durch die Behandlung die hyperkeratotischen Massen entfernt worden sind, ist sehr deutlich der Lichen pilaris ausgesprochen zu sehen. Aus obenangeführten ergiebt sich die Diagnose Ichthyosis mitida. Auffällig ist in diesem Falle, dass sämmtliche 4 Kinder aus dieser Ehe dieselbe Affektion aufweisen, während die Eltern vollständig gesund sind, angeblich sollen auch die Grossmütter gesund gewesen sein und keinerlei Hautaffektion gehabt haben. Auch sollen die Eltern miteinander nicht verwandt sein. Aus der Uebergangsstelle vom Kranken ins Gesunde wurden bei einem der Knaben Hautstückchen entnommen und werden demnächst die mikroskopischen Präparate demonstriert werden.

(Autoreferat.)

P. I. der Tagesordnung:

Dr. L. Schönfeldt stellt eine Familie von 3 Gliedern vor, welche an der spastischen Spinalparalyse erkrankt sind.

Obgleich Erb und Strümpell seit 30 Jahren auf Grund einwandsfreier klinischer Beobachtung und path.-anatom. Befunde für die Selbständigkeit dieser Erkrankung eingetreten sind, vertreten noch heute namhafte Autoren (Leyden, Goldscheider, Jendrassik) den Standpunkt, dass der charakteristische Symptomenkomplex bei verschiedenen Krankheitszuständen beobachtet wird, die das Gemeinsame haben, dass die Seitenstränge anatomisch oder auch funktionell beteiligt sind: Wenn auch im höheren Alter mit Rücksicht auf die im weiteren Verlaufe hinzutretenden Symptome die obige Diagnose überaus schwierig, ja nicht selten unmöglich erscheint, so dürften die familiär im Kindesalter auftretenden und Jahrzehnte hindurch sich gleichbleibenden Krankheitsformen eher einer einheitlichen Beurteilung unterliegen. Dieser Anschauung schliessen sich die Gegner Erb's — Oppenheim, Jendrassik, Raymond an. — Während die 3 Geschwister den von Erb geforderten Symptomenkomplex: Muskelrigidität und Parese der unteren Extremitäten, erhöhte Sehnenreflexe und das Babinski'sche Zeichen in reinster Form darbieten, hat die älteste Schwester — (20 a. n.) seit ihrer frühesten Kindheit einen abweichenden Krankheitszustand gezeigt. Der Gang war stets schwankend, taumelnd, jetzt ausgesprochen cerebellar-ataktisch. Die Sprache schwerfällig, stolpernd; es bestanden Blasenstörungen — heute lassen sich ausgedehnte Sensibilitätsstörungen nachweisen. Die Pat. — reflexe sind gesteigert, Babinski vorhanden. Augenbefund — normal. Es dürfte sich in diesem Falle um eine angeborene kombinierte Systemerkrankung des R. M. handeln. — Die hier interessierenden 3 Geschwister sind 18, 10 und 6 Jahre alt. Geburtstraumen liegen nicht vor, die Entwicklung der ersten Lebensjahre war durchaus normal — alle haben früh und gut gehen gelernt. Die ältere von ihnen erkrankte im 6. Jahre an Masern, bald darauf entwickelte sich die jetzt bestehende Gehstörung, andere Beschwerden hat sie nie gehabt.

Status: Intellect normal, Hirnnerven — frei, obere Extremitäten unbeteiligt, keine Sensibilitätsstörg, keine Blasen — Mastdarmerscheinungen, keine Atrophie, keine Entartungsreaktion der Muskeln. Typischer spastisch paretischer Gang, ausgesprochene Muskelrigidität bis zum Becken hinauf, lebhafter Pat. Refl. Tibialisphänomen und Babinski's Zeichen sehr deutlich.

Das 3 Kind — 12 a. n. ist gesund.

Das 4. Kind 10 a. n. war normal entwickelt bis zum 4. Lebensjahr. Nach einem schweren Typhus ist die jetzige Gehstörung in kurzer Zeit hervorgetreten. Keinerlei sonstigen Beschwerden. Status: Intellect gut, Hirnnerven, obere Extremitäten frei.

Keine Blasen — Mastdarmerscheinungen — Sensibilität intakt — nirgends atrophische Erscheinungen.

Das Kind geht auf den Zehenspitzen, am Boden schleifend. Lebhafte Sehnenreflexe in den starren unteren Extremitäten — Tibialisphänomen und Babinski deutlich nachweisbar.

Genau derselbe Befund beim 5. Kinde, das jetzt 6 Jahre alt ist und im 3. Lebensjahr ohne äussere Ursache erkrankte.

Das jüngste Kind $1^1/_2$ a. n. scheint zunächst noch normale Verhältnisse darzubieten.

Der path. anatom. Prozess — die primäre Degeneration der Pyramidenseitenstränge — erklärt ungezwungen den ganzen Symptomenkomplex und ist durch 11 Sektionsergebnisse in der Literatur sichergestellt. — Die geringfügige Degeneration der Goll'schen und Kleinhirnseitenstränge in einzelnen Fällen hat bisher keine endgültige Deutung erfahren. Differentialdiagnostisch kommen alle mit einer Leitungsunterbrechung im R. M. einhergehenden Erkrankungen in Frage, wie Myelitis chron., tumor medullae spinalis, ferner abortive Formen der multiplen Sklerose und der amyotrophischen Lateralsklerose. Die syphilitische Spinalparalyse kann dauernd ähnliche Symptome darbieten. Besonders schwierig ist die Abgrenzung von der angeborenen Gliederstarre (Little'scher Krankheit). Während einige Autoren wie Gowers, Sachs, Freud, Homen die beiden Erkrankungen in einer einzigen Gruppe aufgehen lassen, fordern Strümpell, Erb, Pierre Marie, Oppenheim eine scharfe Trennung. Bei der Little'schen Krankheit, der cerebralen Diplegie — ist der kongenitale Charakter nachweisbar, da die Gehstörung bei den ersten Gehversuchen sich zeigt; ausserdem bestehen Gehirnsymptome: Krämpfe, psych. Anomalieen, Hirnnervenlähmung. Der Nachweis eines Geburtstraumas ist in vielen Fällen möglich. Mitunter dürfte die Frage — ob die Diplegie cerebral oder spinal bedingt sei — unentschieden bleiben. Die Prognose ist ungünstig, doch ist eine gewisse Besserung nicht ausgeschlossen.

Therapeutisch ist in letzter Zeit die Tenotomie der Achillessehne empfehlen und vielfach mit gutem Erfolge ausgeführt worden. (Lorenz-Hoffa) Voraussetzung ist eine nur schwach ausgesprochene Parese der unteren Extremitäten.

(Autoreferat).

d. z. Sekretär: Dr. med. Teodor Schwartz.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Ihr goldenes Jubelfest begingen vor Kurzem zwei Berliner Universitätsprofessoren, die auch für die Medizinstudierenden Vorlesungen halten, nämlich Prof. Dr. Simon Schwedener, der ausgezeichnete Mitbegründer der physiologischen Botanik, welcher vor 50 Jahren die Doktorwürde erlangte, und der Altmeister der physikalischen Chemie, Prof. Dr. Hans Landolt, der heute vor 50 Jahren seine erste Universitätsvorlesung hielt,

— Ernannt: Der Divisionsarzt der 6. ostsibirischen Schützendivision Dr. Charuzki — zum Gehülfen des Militär-Medizinalinspektors des Amur-Militärbezirks; der Kanzleidirektor der Ober-Militär-Medizinalverwaltung Dr. Krutschök-Golubow zum Korpsarzt des I. Armeekorps; der Abteilungschef der Ober-Militär-Medizinalverwaltung Dr. Makarow — zum Korpsarzt des III. Armeekorps und der Arzt der Generalstabs-Akademie Dr. Bjelorjezki — zum Kanzleidirektor der Ober-Militär-Medizinalverwaltung.

— Verabschiedet: Der Divisionsarzt der sibirischen Inf.-Division Dr. Domanski, sowie die Oberärzte: des Ura-Tubinschen örtlichen Militärlazaretts Dr. Palme und der Gewehrfabrik in Ishewsk Dr. Iwanow — alle drei mit Uniform und Pension.

— Unter den am 12. August bei dem Bombenattentat in der Villa des Ministerpräsidenten Stolypin Verwundeten befindet sich auch der Medizinalinspektor von Kowno Dr. Fechner (mit einer Risswunde am Kopf) Ausserdem wird noch ein Dr. Sulewitsch als verwundet angeführt, einen solchen Namen finden wir aber nicht im offiziellen Aerzteverzeichnis.

— Das Allerhöchste Wohlwollen ist für Auszeichnung in den Kämpfen gegen die Japaner dem früheren älteren Ordinator des mobilen Feldhospitals № 34 Dr. Heinrich Ane und dem älteren Arzt des 3. Reserve-Sappeurbataillons Dr. Constantin Senkewitsch eröffnet worden.

— Zu dem von der Moskauer Universität ausgeschriebenen Konkurse zwecks Besetzung des vakanten Lehrstuhls der Therapie haben sich, wie dem «R. Wratsch» mitgeteilt wird, nachstehende Kandidaten gemeldet: die Moskauer Privatdozenten L. E. Golubinin, N. A. Kabanow, W. E. Predtetschenski und P. S. Ussow, die Privatdozenten der militär-medizinischen Akademie N. Kirikow und N. Kulbin, sowie der Dorpater Professor N. A. Ssaweljew. Zur Beurteilung dieser Bewerber hat die Moskauer medizinische Fakultät eine Kommission von acht Professoren niedergesetzt.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) In Kiew der freipraktizierende Arzt Alexei Stolptschewski im 48. Lebensjahre nach 20-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 2) In Noworadomsk der dortige praktische Arzt Joseph Konrad Saleiski im Alter von 55 Jahren. Die Venia practicandi hatte der Verstorbene im Jahre 1873 erlangt. 3) In Warschau der freipraktizierende Arzt Adolph Grünbaum im 57. Lebensjahre. Die ärztliche Praxis hat G. mehr als 30 Jahre in Warschau ausgeübt. 4) In London der frühere Präsident der British Medical Association Dr. Willoughby F. Wade in hohem Alter.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Die bereits geschlossene Konferenz der Rektoren der russischen Universitäten und der Direktoren der höheren Fachschulen hat sich in der unter dem Vorsitz des Ministers der Volksaufklärung stattgehabten Sitzung vom 14. August dahin ausgesprochen, dass die Wiederaufnahme des Studiums in den höheren Lehranstalten mit dem Beginn des neuen Lehrjahres möglich und durchaus erwünscht sei. Dem entsprechend wurde die Wiedereröffnung sämtlicher Hochschulen beschlossen.

— Das Ministerium der Volksaufklärung hat, wie einige Tagesblätter erfahren haben, das Gesuch der Moskauer, Kasaner und Charkower Universität um Befreiung von 30% der Studierenden (statt wie bisher nur 15%) von den Zahlungen zum Besten der Universität abschlägig beschieden.

— Nachdem Prof. Bonhoeffer (Breslau) den Ruf an die Universität Tübingen als Nachfolger von Prof. Wollenberg abgelehnt hat, ist jetzt der Privatdozent Dr. Gaupp aus München auf den Lehrstuhl der Psychiatrie berufen und ihm die Leitung der psychiatrischen Klinik übertragen worden.

— Ein sanitätstechnisches Institut soll, wie der «Regierungsanzeiger» mitteilt, in St. Petersburg von einer Gruppe von Personen gegründet werden. Das projektierte Institut soll sich mit der wissenschaftlichen Bearbeitung von Fragen der Wasserversorgung, der Kanalisation, des hygienischen Häuserbaues und der städtischen Wohlfartseinrichtungen befassen und in allen diesen Fragen mit Rat und Tat behülflich sein.

Standesangelegenheiten.

— Dr. A. G. Netschajew ist auf administrativem Wege aus den Grenzen des Irkutskischen Generalgubernats für die Zeit des Kriegszustandes dieses Gebiets ausgewiesen worden. Es wurde ihm nur eine Frist von 3 Tagen bis zur Abreise gewährt.

— In letzter Zeit sind verhaftet worden: der Sanitätsarzt der Moskauer Gouvernements-Landschaft Dr. W. N. Blagonrawow, der Landschaftsarzt im Kaljasinschen Kreise Shardezki (für Verbreitung des Wiborger Aufrufes der früheren Dumamitglieder) und der Korrespondent des «Berliner Tagesblatt» Dr. N. Kaplan im Moskauer Kreise (für Veranstaltung von politischen Gesprächen mit Bauern).

— Der Landschaftsarzt in Gorbatow D. A. Fialkowski ist aus dem Gefängnis in Nishni-Nowgorod entlassen worden.

— Die Untersuchungskommission in Sachen der Unordnungen im hiesigen städtischen Alafusowhospital soll, den Tagesblättern zufolge, ein ungerechtes Verhalten des Oberarztes dieses Hospitals Dr. Kohan gegen das niedere medizinische Personal festgestellt und daher zur Vorbeugung künftiger Unruhen seine Entlassung beantragt haben. Recht mild sind dagegen die Beteiligten an den Unordnungen aus dem niederen medizinischen Personal von dieser Untersuchungskommission beurteilt worden: Einige Feldscher haben nur einen Verweis erhalten und der Krankenwärter Petrow, den Dr. Kohan für Veranstaltung von Meetings und Streiks entlassen hatte, soll sogar wieder angestellt werden. Um den Wünschen der niederen Hospitalangestellten nachzukommen, hat der stellv. Vorsitzende der Hospitalkommission, wie die Zeitung «Oko» mitteilt, noch zwei missliebige Wächter des Alafusowhospitals entlassen. Es sind somit die Beteiligten an den Unruhen im Alafusowhospital — mit Ausnahmen der 9 Angestellten, welche am 30. Juli auf Befehl des Stadthauptmanns einem dreimonatigen Arrest unterzogen wurden — fast ganz ohne Strafe abgekommen!

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Für die 78. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, die in diesem Jahre vom 16.—22. September n. St. in Stuttgart, wo sie bereits einmal, nämlich vor 72 Jahren, stattfand, tagen wird, ist folgende Tagesordnung festgesetzt: Sonntag, den 16. September Vorstandssitzungen und zwangloser Begrüssungsabend im Festsaal der Liederhalle. Montag, den 17. September findet die erste allgemeine Sitzung (ebenfalls in der Liederhalle) statt, in der nach den Begrüssungsansprachen Prof. Dr. Gutzmer (Halle) den Bericht des Unterrichtsausschusses deutscher Naturforscher und Aerzte erstatten und Prof. Dr. Lipps-München über «Naturwissenschaft und Aerzte» sprechen wird. An den folgenden Tagen halten die einzelnen wissenschaftlichen Gruppen Sonderberatungen ab. In einer gemeinschaftlichen Sitzung der beiden Hauptgruppen am 20. September werden Prof. Dr. Korschelt-Marburg, Prof. Dr. Spemann-Würzburg und Prof. Dr. Garrè-Breslau über Ueberpflanzung von Gewebeteilen Vorträge halten, in der medizinischen Hauptgruppe sprechen Prof. Starling-London und Prof. Dr. von Krehl-Strassburg über chemische Wechselbeziehungen im tierischen Körper. In

der zweiten und letzten allgemeinen Sitzung am 21. September halten Vorträge: Prof. Dr. von Bälz-Stuttgart über «Die Besessenheit und verwandte Zustände», Prof. Loeb-Kalifornien über «Künstliche Parthenogenesen» und Prof. Dr. Penck-Berlin über Südafrika und Sambesifälle». Unter den gesellschaftlichen Veranstaltungen seien die Festvorstellungen in den beiden Theatern und der Empfang im Rathause hervorgehoben. Den Abschluss der diesjährigen Versammlung bildet eine naturwissenschaftliche Exkursion in die weitere Umgebung von Stuttgart.

— Die von der Internationalen Vereinigung der Akademien eingesetzte Zentralkommission für Hirnforschung hat, wie aus Frankfurt a/M. gemeldet wird, das bekannte Senckenbergsche neurologische Institut in Frankfurt a/M. als internationales Hirnforschungsinstitut anerkannt, und zwar als erstes derartiges Institut in Deutschland.

— Die Mutter des verst. Baseler Chemikers Dr. Georg Kahlbaum hat der von diesem begründeten Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin und Wissenschaft 38,000 Mark und vor kurzem gegründeten Berliner Gesellschaft für Geschichte der Naturwissenschaften und Medizin (cfr. Nr. 31, S. 333 dieser Woch.) 20,000 Mark zu einer «Georg Kahlbaum-Stiftung» überwiesen.

— Für den Kongress für Haut- und Geschlechtskrankheiten, welcher vom 12.—14. September n. St. in Bern stattfindet sind bereits 57 Vorträge und Demonstrationen angemeldet worden. Den Eröffnungsvortrag wird Prof. Neisser «Ueber den Stand der experimentellen Syphilisforschung» halten. Mehrere Schweizer-Bahnen haben für die Woche vom 9.—16. September den Mitgliedern eine Ermässigung von 50 pCt. gewährt.

Verschiedene Mitteilungen.

— Der Aerztin M. Dsalajewa ist die Konzession zur Herausgabe eines Tageblattes in Wladikawkas unter dem Titel «Отклики Кавказа» (Echo des Kaukasus) erteilt worden.

— Nach Meldungen aus Jekaterinoslaw haben Revolutionäre in ein dortiges Krankenhaus eine Bombe geworfen, weil ein dort in Behandlung befindlicher Revolutionär nicht ausgeliefert wurde. Mehrere Aerzte, Wärter und viele Kranke sind verletzt worden.

— Vom ungarischen Ministerium des Innern ist ein Preis von 1000 Kronen für das beste Werk über die Aetiologie des Trachoms ausgesetzt worden. Die Arbeiten, die in ungarischer, deutscher, französischer oder englischer Sprache abgefasst werden können, sind bis zum 31. Dezember 1908 einzusenden.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 29. Juli d. J. 10652 (184 mehr als in der Vorwoche), darunter 1152 Typhus — (79 mehr), 888 Syphilis — (39 wen.), 361 Scharlach — (15 wen.), 187 Diphtherie — (42 mehr), 82 Masern — (12 wen.), und 25 Pockenkranke — (9 wen. als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 23. bis zum 29. Juli d. J. im ganzen 721 (417 M., 304 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 36, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 25, Scharlach 19, Diphtherie 28, Croup 0, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 11, Erysipelas 5, Grippe 4, Katarrhalische Lungenentzündung 67, Ruhr 10, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberkulose der Lungen 76, Tuberkulose anderer Organe 11, Alkoholismus und Dilirium tremens 24, Lebensschwäche und Atrophia infantum 46, Marasmus senilis 16, Krankheiten des Verdauungskanals 137, Totgeborene 36.

Am 5. Aug. d. J. betrug die Zahl der Kranken 10823 (171 mehr als in der Vorwoche.), darunter 1219 Typhus — (67 mehr), 979 Syphilis — (91 mehr), 388 Scharlach — (27 mehr), 206 Diphtherie — (19 mehr), 60 Masern — (22 mehr) und 19 Pockenkranke (6 wen. als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 30. Juli bis 5. Aug. d. J. im ganzen 765 (438 M., 327 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 1, Typh. abd. 36, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 20, Scharlach 22, Diphtherie 34, Croup 0, Keuchhusten 8, Croupöse Lungenentzündung 12, Erysipelas 4, Grippe 3, Katarrhalische Lungenentzündung 45, Ruhr 10, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 65, Tuberculose anderer Organe 22, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 47, Marasmus senilis 30, Krankheiten der Verdauungsorgane 144, Totgeborene 44.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **R. Wanach** in St. Petersb., Petb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 35 St. Petersburg, den 2. (15.) September. **1906.**

Dieser № liegt **№ 8** der **«Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften»** bei.

Zur Therapie der Enuresis nocturna.

Von

Dr. med. E. von Vietinghoff-Scheel.

Ueber die Ursachen des unfreiwilligen Abgangs von Harn bei schlafenden Kindern während der Nacht gehen die Ansichten der Autoren auseinander. Man nimmt eine Atonie des bei Kindern überhaupt noch schwächer funktionierenden Blasenschliessers an. Andre wollen der Enuresis stets eine pathologische Grundlage geben und sehen in verschiedenen Erkrankungen des Harnapparates etc. das ursächliche Moment. Am häufigsten mag wohl der Grund in einem Krampf des M. detrusor vesicae liegen. Da bei der gewöhnlichen Art des Bettnässens der Harn in grosser Menge entleert wird, so ist wohl ein Reflexreiz des Detrusor am ehesten anzunehmen. Dieser Reiz wirkt um so kräftiger als die Beeinflussung des M. sphinkter vesicae durch den Willen im Schlaf herabgesetzt ist — der Blasenschliesser giebt dem Druck nach und der Harn entleert sich meist im Strahl (Henoch). Da nun, sobald das sog. physiologische Stadium für die unfreiwillige Harnentleerung bei kleinen Kindern in den beiden ersten Lebensjahren überwunden ist, glücklicherweise nicht alle Kinder an Enuresis leiden, sondern nur vereinzelte, meist schwächliche und in der Entwickelung zurückgebliebene, so möchte man eine neuropatische oder eine hereditäre Veranlagung annehmen.

Wichtiger als die Betrachtungen über die Aetiologie der Krankheit ist für den Praktiker die Frage, wie diese höchst lästige krankhafte Erscheinung zu beseitigen ist und das Kind dauernd geheilt werden kann. Die grosse Zahl der verschiedenen Mittel, die in der Literatur angegeben werden, spricht dafür, dass wir noch vielfach im Dunkeln tappen, ein unfehlbar wirkendes Mittel noch nicht gefunden und dass mitunter alle Therapie machtlos ist. Um so mehr freut es einen, wenn es gelingt das Kind von der Plage zu befreien und als geheilt aus der Behandlung zu entlassen.

In 2 Fällen ist mir solches geglückt und da das versuchsweise angewandte Mittel einen überraschenden Erfolg hatte, teile ich weiter unten die beiden Krankengeschichten mit.

Bevor von einer Therapie der Enuresis nocturna die Rede sein kann, müssen wir der Prophylaxe die eingehendste Beachtung schenken. Mit den einer jeden sorgsamen Mutter bekannten prophylaktischen Mitteln gelingt es vielfach nicht nur dem Bettnässen über das 2.—3. Lebensjahr hinaus vorzubeugen, sondern die scho bestehende Gewohnheit — nicht selten handelt es sich bei kleinern Kindern um eine solche — erfolgreich zu bekämpfen. Jedenfalls empfiehlt es sich an den „Hausmitteln" nisht achtlos vorüberzugehen: a) Die Kinder sind vom zweiten Lebensjahre an eine regelmässige Entleerung des Harns bei Tag und bei Nacht zu gewöhnen: das Absetzen muss konsequent durchgeführt werden.

b) Die Aufnahme grösserer Mengen von Flüssigkeit vor dem Schlafengehen ist streng zu meiden.

c) Die Bettunterlagen sollen nicht zu weich und die Bettdecken nicht zu warm sein.

d) Die Rückenlage soll mit der Seitenlage abwechseln.

e) Erhöhung des Bettes am Fussende.

Besteht eine Enuresis nocturna trotzdem, so kommen kausal-therapeutische und die gegen diese Krankheit empfohlenen spezifischen Mittel in Betracht. Kausal werden wir durch eine gute Ernährung, durch Eisen- und Arsenpräparate, durch abhärtende Mittel, wie kalte Abreibungen und hydriatische Prozeduren den Körper und das Nervensystem zu kräftigen suchen.

Die Zahl der Mittel gegen Enuresis ist, wie schon erwähnt wurde, sehr gross.

Nach Kobert[1]) hat man bei Verabreichung von Medikamenten zu unterscheiden Fälle, wo eine zu starke Tätigkeit des Detrusor als Ursache anzunehmen und solche, wo eine abgeschwächte Sphinkterfunktion besteht. In ersterem Falle sind Antipyrin, Bromkalium, Atropin, Amylenhydrat indiziert, in letzterem Strychnin und Coruntin. Noch mehr empfiehlt Kobert Mittel, die die Erregung der Schleimhautnerven der Blase herabsetzen, solche sind z. B. Rhus aromaticum als Tinktur oder Fluidextrakt verabreicht. Letzteren empfiehlt unter a. auch Dornblüth[2]). Mac-Alister[3]) empfiehlt Atropin innerlich in steigender Dosis mit 0,0006 beginnend.

Kapsamer[4]) hat mit der von Cathelin empfohlenen epiduralen Injektion von $^1/_4$—$^1/_2$ pCt. Kokaïnlösung 25 von 37 Fällen geheilt, davon 8 schon nach der ersten Injektion. Er rühmt diese Methode als ungefährlich und warnt vor den üblichen mechanischen Eingriffen mit Massage und Elektrizität. Die Wirkung der Kokaïninjektionen erscheint ihm als eine möglicherweise durch das Injektionstrauma hervorgerufene reflektorische Beeinflussung der Sakralnerven.

Zur medikamentösen Behandlung der Enuresis ist auch die bei weiblichen Individuen von Parnell[5]) empfohlene Pinselung des Blasengrundes nach Dilatation der Urethra mit 2,5 pCt. Silbernitratlösung, mit der der genannte Autor mehrere Fälle geheilt hat, zu rechnen.

Während Henoch[6]) zur Elektrizität als Mittel gegen unser Leiden sich ablehnend verhält, tritt unter a. Eichhorst[7]) für die Anwendung des elektrischen Stromes ein, indem er nach dem Vorgange von Ultzmann Mastdarm und Damm oder nach Seligmüller Harnröhre und Symphyse zu faradisieren angiebt, ausserdem die Galvanisation des Lendenmarks und des ganzen Rückenmarkes nach Erb.

Auch suggestiv hat man die Enuresis zu heilen versucht. So hat Eichhorst[8]) einen Fall durch Hypnose und Suggestion geheilt.

Troemner[9]) berichtet über 3 Fälle, die er mit Hypnose geheilt, den einen allerdings erst nach 70 Sitzungen. Zahlreiche Autoren berichten über eine erfolgreiche Behandlung mit thermischen und mechanischen Mitteln und Eingriffen. Obenan steht die schon angedeutete Methode der Tieflagerung des Kopfes und Rumpfes und der Hochlagerung der Beine, wodurch der in der Blase sich ansammelnde Harn mehr gegen den Fundus vesicae gedrängt wird und das Orificium urethrae vesicale nicht bespülen kann. Mit diesem äusserst einfachen Mittel, welches man sich so herrichten kann, dass entweder das Fussende des Bettes auf Klötze gestellt wird oder die Beine durch ein ungleich gepolstertes Kissen derart erhöht werden, dass sie mit der horizontal liegenden Wirbelsäule einen Winkel von c. 140° bilden, hat z. B. Stumpf[10]) in 12 Fällen eine Heilung erzielt. Ausser den zur mechanischen resp. thermischen Behandlung zählenden Methoden wie Bougieren, Instillation, Kühlsonden, Kompressorien und ähnl., besitzen wir in der Massage ein in manchen Fällen gewiss wirksames Mittel. Die Applikation der Massage geschieht vom Rektum und von der Symphyse aus und verdanken wir diese Methode schwedischen Autoren. Thure Brandt[11]) führt diese Behandlung bei Frauen per vaginam aus, erwähnt jedoch auch der Massagebehandlung per rectum nach dem Blasenhalse gerichtet, die er kombiniert mit Kreuzbeinklopfung und hoch-halbliegender Kniespreizung ausführt.

Wide[12]) richtet die Behandlung direkt auf den Blasenschliesser, den er durch geeignete Massage zu kräftigen sucht, doch hat sie sich bei ihm in manchen Fällen als unwirksam erwiesen.

Wallgren[13]) hat einen Fall von Enuresis nocturna mit Atonie im Darm bei einer 8-jährigen Patientin nach der obigen Methode schon nach wenigen Sitzungen geheilt.

Herbsmann[14]) berichtet über gute Resultate der von ihm massierten Patienten (Streich- und Stossbewegungen mit dem in den Mastdarm eingeführten Zeigefinger gleichsam als Koordinationsübung der Nervenfunktion am Blasenschliesser). Durch 3—5-malige Massage vom Rectum und von der Symphyse aus heilte Walko[15]) zwei bettnässende Patienten.

In etwas anderer Weise als die vorhin genannten schwedischen Autoren hat Zander atonische Zustände der Blase mit Erfolg zu behandeln versucht[16]). Er hatte die Beobachtung gemacht, dass glatte Muskelfasern auf Erschütterungen reagieren und man z. B. durch Kreuzbeinklopfung unter a. auch kräftige Kontraktionen der Blase erzeugen kann[17]). Zander erschütterte mit der von ihm erdachten maschinellen Rückenhackung und Klopfung das Rückenmark in seinem ganzen Verlaufe und vermochte auf diese Weise die Innervation der Blasenmuskulatur zu kräftigen.

Dieser Behandlung von Zander gedachte ich, als mir ein Fall von Enuresis nocturna zugeführt wurde. Es handelt sich um ein 14-jähriges Mädchen, das wegen eines anderen Leidens bereits in meiner Behandlung war. Nachstehend in Kürze die Krankengeschichten dieses und eines zweiten analogen Falles.

Fall I. A. K. 14 a. n. lang aufgeschossen, schmächtig und sehr zart gebaut, leidet seit 8 Jahren an Gelenkrheumatismus. Die kranken Gelenke sind aufgetrieben und schon bei der Berührung schmerzhaft. Die durch Jahre hier fortgesetzte

---

1) Lehrbuch der Pharmakotherapie, Stuttgart 1897 pag. 521.

2) Arzneimittel der heutigen Medizin, Würzburg 1903, pag. 260.

3) Korrespondenzbl. Schweiz. Aerzte 1894. 15 cit. n. Mediz. Chir. Rundschau 1894 pg. 693.

4) Wiener klin. Wochenschrift 1903, № 30. cit. n. Münch. Med. Wochenschr. 1903, pg. 1350.

5) Brit. med. Journ. 11. Jan. 1902 cit. n. Münch. med. Wochenschr. 1902, pag. 541.

6) «Kinderkrankheiten», Berlin 1899, pag. 644.

7) Spez. Path. und Ther. Wien und Leipzig. 1895, Bd. II, pag. 756

8) l. c.

9) Sitzungsber. des Hamb. ärztl. Vereins, April 1903, cit. n. Münch. Med. Wochenschr. 1903, pg. 795.

10) Münch. Med. Wochenschr. 1895, 24, cit. n. Ther. d. Gegenwart. 1895, pag. 398.

11) Cit. n. Wide: «Handb. d. mediz. Gymnast.», Wiesbaden, 1897, pag. 264.

12) l. c.

13) Vgl. Wide l. c.

14) Mediz. Woche 1900, Nr. 37, cit. n. Excerpta med. 1900/01 pag. 302.

15) Zeitschrift für diät. und physikal. Ther. Bd. VI. H. 6, 1902.

16) Vgl. Kleen: Handbuch d. Massage. Leipzig 1895, pg. 274.

17) Vgl. Herz: «Lehrbuch d. Heilgymn.», Wien, 1903, pg. 310.

Bäderbehandlung hatte geringen Erfolg. Vorübergehende Besserung brachte eine durch Monate fortgesetzte Bewegungstherapie, die leider vorzeitig unterbrochen wurde.

Das Bettnässen besteht bei der Pat. seit etwa 2 Jahren und wiederholt sich fast allnächtlich. Die Harnuntersuchung fällt in Bezug auf Eiweiss und Zucker negativ aus. Die Behandlung besteht in Rücken- und Kreuzbeinklopfung mit dem Oscillator-Ansatzstück des Concussor «Ewer» täglich 2—3 Minuten lang. Schon nach einer Woche Mitteilung der Mutter, dass die nächtlichen Ueberschwemmungen des Bettzeugs aufgehört haben. Pat. verbleibt 3 Wochen in Behandlung und wird dann als dauernd geheilt entlassen, wenigstens ist in 2 Jahren kein Rezidiv aufgetreten.

Fall II. R. B. 6 a. n. Patientin, ein zartes aber gesundes etwas anämisches Kind, schläft seit ihrer frühesten Kindheit fast keine Nacht trocken und soll gegen das Leiden schon innere Medikamente gebraucht haben. Nachdem die Pat. kaum eine Woche in der oben angegebenen Weise behandelt worden war, erkrankte sie leicht an Masern. Während der Krankheit und nach Ueberstehen dieser hatte das Bettnässen aufgehört, es traten jedoch Rezidive ein. Wiederaufnahme der Behandlung befreit die Pat. von neuem vom eingerissenen Uebel. Hierauf verlässt Pat. Pernau. Ob dieser Fall gleichfalls rezidivfrei geblieben, vermag ich nicht anzugeben.

Die in Krankengeschichte I mitgeteilte Behandlung geschah mit der Absicht durch Erschütterung des Rückenmarkes, vorwiegend der Lumbalgegend auf die Blasenmuskulatur im Sinne der Kräftigung zu wirken. Ich regte durch die Vibration das Reflexzentrum der Blasenmuskulatur, das ausser im Gehirn, auch im Lendenmark liegt an und hatte die vier ersten Sakralwurzeln des Rückenmarks, die an dem Mechanismus der Blase bei Zurückhaltung und Entleerung des Harns direkt beteiligt sind, im Auge. Der Erfolg besonders in dem ersten Fall spricht dafür, dass meine Annahme kein Trugschluss war. Im 2. Fall liegt das Resultat insofern nicht ganz klar vor, als das Bettnässen nach Henoch [18]) durch akute Krankheiten unterbrochen werden kann ohne deshalb geheilt zu sein. Ob also das Aufhören des Leidens auf meine erste Behandlung oder auf die gleich darauf erfolgte Erkrankung an Masern zurückzuführen, wage ich nicht zu entscheiden. Dass nach Wiederaufnahme der Behandlung diese nicht erfolglos war, bleibt immerhin auffallend.

Ich habe im vorstehenden Einiges aus der mir zugänglichen Literatur erwähnt, um die grosse Mannigfaltigkeit der therapeutischen Mittel gegen die Enuresis darzutun. Der Menge der Mittel entspricht die Verschiedenheit der Aetiologie. Ich kann daher nur warnen dieses oder jenes Mittel anzuwenden, ohne vorher der Aetiologie die eingehendste Beachtung geschenkt zu haben.

Aus den 2 geheilten Fällen möchte ich keine Schlüsse ziehen, aber auf Grund des Mitgeteilten empfehlen:

1) Die hier angewandte Methode nachzuprüfen, damit eine grössere Zahl von Fällen ihre Brauchbarkeit oder Unbrauchbarkeit entscheiden kann.

2) Neben der Prophylaxe und der Hochlagerung der Beine die mechanischen Mittel nicht unversucht zu lassen und sie unter Umständen dem Gebrauch der Arzneien vorzuziehen.

3) Ausser der maschinellen oder manuellen Erschütterung (Zitterschüttelung) des Rücken- resp. Lendenmarks methodische heilgymnastische Bewegungen mit dem Becken und den untern Extremitäten vornehmen zu lassen.

---

[18]) l. c.

Referate.

Prof. Dr. Koike: Kurze Uebersicht über die Erfolge des Sanitätsdienstes der japanischen Armee während des japanisch-russischen Feldzuges 1904/1905. (Deutsche militärärztliche Zeitschr. Heft 8. 1906).

Der Bericht stützt sich auf die offiziellen vom japanischen Kriegsministerium veröffentlichten Ziffern und umfasst die vollen 21 Monate der Kriegsdauer, von Beginn bis zum definitiven Friedensschlusse.—Der Gefechtsverlust der Japaner betrug im Ganzen 220812 Mann, davon auf dem Schlachtfelde getödtet 47387 Mann, verwundet 183425, was einem Verhältnis von 1:3,66 entspricht. In die Hospitäler aufgenommen wurden 236223 Kranke, darunter 27158 an Infektionskrankheiten Leidende, von der Feldarmee; die leichten, bei ihren Truppenteilen behandelten Kranken sind nicht mitgerechnet.

Der Gesamtverlust der aktiven Armee und Marine betrug während der Dauer des Krieges also 220812+236223 = 467035 Mann. Hierzu kommen noch 97850 Kranke von den in der Heimat verbliebenen (Japan, Formosa) Truppen und 77803 gefangene Russen, die von den Japanern versorgt werden mussten, das japanische Sanitätspersonal hatte also in Summa 632688 Verwundete und Kranke zu behandeln und zu pflegen. Diese Riesenaufgabe hat es in ausgezeichneter Weise gelöst. Das Personal setzte sich zusammen aus 4517 Militärärzten, 639 Militärapothekern, 38753 Mannschaften, sowie 5470 Aerzten, Apothekern und sonstigen Hülfskräften des japanischen Roten Kreuzes, im Ganzen 44465 Mann, von denen 5131 Aerzte.

Vom Sanitätspersonal sind: gefallen	19	Militärärzte.
verwund.	104	»
Zus.	123 = 2,7%	aller Aerzte
Von den Sanitätsmannschaften sind gefallen und verwundet	450	
in allem	573 = 0,25%	aller Getödt. u. Verwund.

Die Verwundeten und Kranken wurden nach Möglichkeit in die Heimat evakuiert und betrug die Zahl der während des Krieges zurückbeförderten 320000 Mann. Alle Schwerverwundeten und Kranken sowie die mit Infektionskrankheiten Behafteten wurden auf eigenen Lazarettschiffen zurückgeschafft. — Von allen in die Lazarette Aufgenommenen wurden 63,23% geheilt, 7,49 starben, speziell von den Verwundeten wurden geheilt 71,58% es starben 6,38%. Die Todesursache war nur bei 4% der gesamten Mannschaft Infektionskrankheiten. Die Zahl der an Krankheiten Gestorbenen war bei Weitem niedriger als die der durch die Waffen Umgekommenen (der Gefallenen und an Wunden gestorbenen), das Verhältnis war 0,37 : 1. Ein fast so günstiges Resultat ist bisher nur von den Deutschen 1870/71 erreicht worden, wo das Verhältnis 0,56 : 1 betrug, bei anderen Armeen war es im Durchschnitt 1,18 : 1 meist aber noch ungünstiger.

Die Zahl der Getödteten und Verwundeten war in den letzten grossen europäischen Kriegen 13,99 pCt. der Kopfstärke, bei den Japanern 14,58 pCt.

Prof. Koike misst das Hauptverdienst an der geringen Morbidität und Mortalität an Krankheiten der vorzüglichen Organisation des japanischen Sanitätswesens bei und lautet einer seiner Schlussätze: «Ein so glänzendes Resultat hat der Feldsanitätsdienst bis dahin noch nicht gezeitigt». Aus den von Prof. K. angeführten Daten lässt sich berechnen, dass die Japaner während des Krieges 1.512,000 Mann unter Waffen gehabt haben, von denen, nach anderen Angaben, etwa 1.200.000 Mann auf die mandschurische Armee und die Flotte entfielen. Der Gesammtverlust von 467035 Mann, der auf die Feldarmee entfällt, macht also etwa 38,9 pCt. der Kopfstärke aus. Die Zahl der an Wunden Gestorbenen lässt sich auf 12552 M. berechnen (= 6,83%), die der an Krankheiten Gestorbenen auf 18550 M., zusammen 31102 an Wunden und Krankheiten Erlegene. Der Krieg hat folglich Japan 78489 Menschenleben gekostet.

Die japanischen Verluste in den 3 grössten Schlachten und bei Port Arthur waren nach einem authentischen, in dem franz. mediz. Fachblatt Le Caducée veröffentlichten Bericht, folgende:

	todt und verwundet		vermisst	Zusammen
	Offiziere	Mann	Mann	Mann
bei Liaojang:	857	22758	106	23.615
» Schaho	772	19528	754	20.300
» Mukden	2327	68687	2063	71.014
» P. Arthur	1805	49301	—	51.106

Die eine Schlacht bei Mukden hat den Japanern also mehr Blut gekostet als die ganze monatelange Belagerung und die Stürme auf P. A.

Es wäre natürlich vom grossem Interesse mit den japanischen die russischen Sanitätsberichte zu vergleichen, doch liegen leider von russischer Seite noch keine abschliessenden und umfassenden Angaben vor. Das medico-statistische Bureau des russischen Hauptquartiers hat einige Daten veröffentlicht, die sich aber nur auf die mandschurische Armee und auf 19 Monate des Krieges beziehen, P. Arthur, die Marine, Sachalin sind daher nicht berücksichtigt. Die Daten geben nur nackte Zahlen und bestehen in 4 Tabellen, von denen die 1. eine allgemeine Uebersicht aller Abgänge durch Tod, Verwundungen, Krankheiten, Invalidität und Evakuirungen enthält, die 2. eine Uebersicht über die Schlachtverluste in den einzelnen Monaten, die 3. über die Verluste in den verschiedenen Schlachten berichtet, und die 4. die Verluste der einzelnen Waffengattungen darstellt. Zu diesen Zahlen liefert der französische medico-militärische Envoyé bei der russisch-mandschurischen Armee die nötigen Erklärungen und Ergänzungen, denen wir folgendes entnehmen:

Follenfant, Medizinische Bemerkungen zum russisch-japanischen Kriege. Archives de Médecine et de Pharmacie militaires. Heft 4. Avril 1906.

Nach Angaben des russischen Generalstabes war die Armee von anfänglich 50000 M. im Februar 1904 bis auf 1.050,000 M. am 1. September 1905 angewachsen, ungeachtet der Abgänge durch Tod, Invalidität, Evakuation, Gefangenschaft etc. die sich in diesen 19 Monaten auf 212.829 M. beliefen. Es hatten also im Ganzen etwa 1.262,829 M. kürzere oder längere Zeit der mandschurischen Armee angehört. Von diesen waren erkrankt 237,672 = 18,8 pCt., gestorben an Krankheiten (nur) 4989 M. = 2,1! F. giebt zu, dass dieses überaus günstige Resultat denen unglaubhaft erscheinen könnte, die nicht als Augenzeuge die Leere der Lazarette und den ausgezeichneten Gesundheitszustand der Truppen gesehen haben.

Auf dem Schlachtfelde getödtet sind (nur!) 19467 M. nach Tabelle 1, vermisst 39.729 M. Da nun die Japaner nur 25133 M. von der mandsch. Armee gefangen genommen haben, bleibt ein Rest der Vermissten von 14596 M. = 36,73 pCt. den F. den Gefallenen zuzählt, deren Zahl sonach auf 34.063 M. anzuschlagen ist. — Verwundet wurden 121486 M., sodass 1 Getödteter auf 3,56 Verwundete käme. Von den Verwundeten starben in den Hospitälern östlich des Baikal (Mandschurei etc.) 3008 M. = 2,64 pCt., hierzu kommen noch Leute, die bei der Truppe gestorben sind, Selbstmörder etc. 986 Mann, zusammen 3994 M. Um diesen überraschend niedrigen Prozentsatz zu kontrollieren, hat F. Umfragen in einzelnen Hospitälern angestellt. wobei die Zahlen näher der Front höher (Gundschulin 4,06 pCt.), weiter von der Front (Charbin, Tschita etc.) niedriger als das Mittel waren 1,45 pCt. Von den Verwundeten und Kranken konnte über die Hälfte noch während des Krieges zu ihrem Truppenkörper geheilt zurückkehren. Die Invaliden, 24258 M., Rekonvaleszenten, chronische Kranke, Schwerverwundete, wurden sobald wie möglich in die Hospitäler westlich des Baikal resp. in die Heimat evakuiert. Ueber ihr weiteres Schicksal liegen noch keine Nachrichten vor, doch erhielt F. in Irkutsk in der Verwaltung des roten Kreuzes die Auskunft, dass von den dort in den Hospitälern dieses Ressorts aufgenommenen 14046 Verwundeten und Kranken 266 M. = 1,88 pCt. gestorben seien. Von den in japan. Gefangenschaft geratenen 77803 Russen sind 1803 = 2,3 pCt. gestorben.

Der Gesammtverlust der mandschurischen Armee während des Krieges an Todten, Verwundeten, Kranken und Gefangenen betrug also 418354 M. = 32,11 pCt. der Kopfstärke.

Das medizinische Personal erlitt folgende Verluste:

Getödtet:	— 2 Aerzte	— 29 Feldscher (resp. Sanitäre).	
verwundet	— 21 »	— 297 »	
vermisst	— 7 »	— 114 »	
gestorben	— 9 »	— 30 »	(dav. 14 an Wunden, 26 an Krankheiten).
Zus.	70 Aerzte	— 527 Feldscher	in Summa 597 M.

Die Verluste in den 3 grössten Schlachten werden folgender Massen angegeben resp. berechnet:

Bei Liaojang: — getödt. 2554 M. — verw. 414 Of. 12486 M. = 12900 M. — gefang. 1031 M. = 16485 M. = 10,40 pCt. d. Effect.

Bei Schaho: — getödt. 7291 M. — verw. 861 Of. 29.531 M. = 30.392 M. — gefang. 3666 M. = 41349 M. = 24,1 pCt. d. Effect.

Bei Mukden: — getödt. 18316 M. — verw. 1455 Of. 47272 M. = 48.727 M. — gefang. 17993 M. = 85036 M. = 25,09 pCt. d. Effect.

Wieviel von den in Gefangenschaft geratenen verwundete waren, ist nicht bekannt.

Auf die einzelnen Truppenteile verteilen sich die Verluste absolut und relativ sehr ungleich, der Löwenteil fällt auf die Infanterie, von den Verwundeten z. B. 114.555 M., während die Artillerie nur 3981 und Kavallerie gar nur 2219 Verwundete aufwies. Der Rest verteilt sich auf Genie, Grenzkorps, andere Körper (Train, Intendanz, mediz. Personal etc.).

Nach dieser offiziellen Darstellung der russischen Verluste verblassen die so glänzend von Prof. Koike dargestellten Ergebnisse des japanischen Sanitätsdienstes vollkommen! Allerdings würde sich das Bild bei Berücksichtigung Port Arthurs und der Marine in etwas ungünstigerem Sinne verändern. Immerhin wären die Resultate der Behandlung der Kranken und Verwundeten bei weitem günstiger, als bei den Japanern und die Opfer an Menschenleben bei weitem geringer. Letztere lassen sich mit Berücksichtigung anderer Quellen, etwa folgendermassen berechnen:

Nach Angaben des Generalstabes resp. Follenfants:

1) getödtet auf dem Schlachtfelde . .	34064 M.
2) an Wunden und Krankheiten in der Mand. gest.	8983 »
3) in der japan. Gefangenschaft gest.	1803 »
4) an Wunden und Krankheiten in den Hosp. westlich d. Baikal gest. von d. 120000 Evakuierten, die Sterblichkeit angen. zu 1,88 pCt..	2256 »
5) in den 8 letzten Monaten d. Krieges in der Mandschurei gest., berechnet nach dem Monatsdurchschnitt.	945 »
6) in den 3 letzten Monaten des Krieges gest. von etwa 30000 Evakuierten — 1,88 pCt. . .	564 »
7) Nach Angaben der Tagesblätter umgek. in Port Arthur . . .	11000 »
8) Nach Angaben der Tagesblätter umgek. auf d. Flotte	7000 »
Zusammen . . .	66624 M.

Die Russen hätten somit bei weitem weniger eingebüsst, als die Japaner (78489 M.) und trotz der riesigen gegen Japan aufgebotenen Armee und der Riesenschlachten, viel weniger als im Türkenkriege 1877/78, wo der Verlust an Menschenleben für die Russen auf etwa 100000 M. geschätzt wird, von denen allein 80.000 Krankheiten erlagen.

Es wäre aber wohl verfrüht aus den vorliegenden Zahlen irgend welche Schlüsse ziehen zu wollen, denn bei etwas näherem Zusehen erweisen sich die Angaben als durchaus nicht einwandfrei und ohne Frage zu niedrig gegriffen. In der vom medico-statistischen Bureau veröffentlichten Tabelle über die Verluste der einzelnen Waffengattungen ist z. B. unter den Verlusten «anderer Dienstzweige», unter dem doch wohl ausser dem Train, Intentantur und anderen Nichtkombattanten auch das medizinische Personal zu verstehen ist, angegeben:

Getödtet 2 Offiz. 2 Soldat; verwund. 7 Off. 43 Sold.; verm. 2 Off. 54 Sold.; nun beträgt aber schon der Verlust des medizinischen Personals allein mehr, als für alle diese Zweige zusammen angegeben, nämlich 597 M. (statt der hiergenannten 108 M.) also mehr wie 5 Mal mehr!

In den Tagesblättern (Nowoje Wremja, Russk. Wjedomost. etc.) war ferner ein Bericht des Kommandeurs des XVII. Armeekorps, publiziert, der folgende, von seinem Korps während des Krieges erlittene, Verluste angab:

getödtet	37 Offiz.	4441	Unteroff. u. Sold.
verwundet (schwer)	61 »	1516	» » »
kontusioniert (leicht verw.)	260 »	11507	» » »
vermisst	97 »	664	» » »
Zusammen. .	455 Offiz.	18128	Unteroff. und Sold. = 18683 Mann.

Die Kopfstärke war nicht angegeben, aber bemerkt, dass in den Schlachten über die Hälfte des Bestandes betroffen worden sei. Ist es nun wirklich denkbar, dass fast ¼ aller nach den offiziellen Angaben getödteten 19.467 Mann auf das eine XVII. Armeekorps entfallen könnten, das an den Kämpfen, die vor der Schlacht bei Liaojang stattfanden, nicht einmal teilgenommen hat? oder, wenn man den Gesamtverlust an Todten, Verwundeten und Vermissten als Massstab nimmt, der mit 180782 M. in den offiziellen Angaben figuriert, dass das XVII. Korps fast 10 pCt. aller Ver-

luste getragen habe, während sein Effektiv höchstens 3 pCt. der ganzen Armee ausgemacht hat?

Kurz erwähnen will ich nur, dass, nach Angaben der Tagesblätter, das Ministerium des Inneren bei einer Erhebung festgestellt habe, dass 40000 Wittwen von im Kriege umgekommenen Untermilitärs zu versorgen wären; wenn man die Anzahl der Reservisten auch auf über 30 pCt. schätzen wollte, würde diese Ziffer viel bedeutendere Menschenopfer verraten, als die offiziellen Angaben des Generalstabes vermuten lassen.

Eines scheint sich jedoch aus den von japanischer wie russischer Seite, veröffentlichten Zahlen unwiderleglich zu ergeben, dass das kleinkalibrige «humane» Gewehr das Verhältniss der Todten zu den Verwundeten nicht günstiger, eher ungünstiger gestaltet hat, dass aber die Wunden im Ganzen ungefährlicher sind und ein grösserer Prozentsatz der Verwundeten geheilt wird als früher.

W. Schiele.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

O. Heubner: Lehrbuch der Kinderheilkunde. II. Band. Leipzig, Verlag von J. A. Barth. 1906. Preis 14 Mark.

Im Vorwort zum I. Band dieses Lehrbuches, der aus Anlass der Eröffnung der neuen Berliner Kinderklinik im Oktober 1903 erschien, fragt Heubner: «war dem, der vom Gipfel des Lebensberges schon recht abwärts schreitet, noch erlaubt, an ein Werk zu gehen, das meist nur frohgemute Jugend in Angriff nimmt?» Darauf werden die beste Antwort geben die zahlreichen Leser seines nun vollendeten Werkes, das im II. uns vorliegenden Band seinen Abschluss gefunden hat. Denn welcher Schule sie auch angehören mögen, sie werden darin übereinstimmen, dass ein Lehrer, der über eine solche Beobachtungsgabe und Erfahrung verfügt, der die Wissenschaft von den Krankheiten des Kindesalters mit einer solchen Zahl origineller Anschauungen bereichert hat, nicht nur an ein solches Werk gehen konnte, sondern musste. Denn es wird eine Fundgrube sowohl für den unerfahrenen, angehenden Arzt, als besonders auch für denjenigen sein, der die Pädiatrie zu seinem Spezialfach rechnet und bereits einige Erfahrung darin gesammelt hat, weil letzterer, wenn auch vielleicht nicht immer mit des Verfassers Meinung übereinstimmend, stets doch das Originelle und zur Nachprüfung Auffordernde zu schätzen wissen wird. Ich mache hier nur aufmerksam auf die Kapitel von der künstlichen Ernährung und dem Stoffwechsel, auch die Kapitel über Tuberkulose und Skrofulose, über Wachstumserkrankungen, Krankheiten des Nervensystems, des Herzens und der Verdauungsorgane. Ja, jeden Abschnitt des Lehrbuchs wird man immer wieder mit grossem Nutzen zur Hand nehmen.

Während im I. Band die Krankheiten der Neugeborenen, des Säuglingsalters, die Infektions- und Wachstumserkrankungen behandelt wurden, finden alle übrigen Erkrankungen des Kindesalters im II. Band ihren Platz. Wir wollen nicht auf Einzelheiten eingehen, denn wir halten es für jeden Kinderarzt notwendig, sich mit Heubner's Werk bekannt zu machen. Auch dieser Band ist mit einem sorgfältigen Namen- und Sachregister versehen.

Weyert.

G. Meyer: Das Rettungs- und Krankenbeförderungswesen im Deutschen Reiche. III. Ergänzungsband zum klinischen Jahrbuche. Mit 10 Kurventafeln und 4 Karten. Jena. Verl. v. G. Fischer 1906.

Der auf dem Gebiete des Rettungswesen wohlbekannte Verfasser hat vorliegendes Werk nach dem Material der auf Anregung des Zentral-Komitees für das Rettungswesen in Preussen von den deutschen Bundesregierungen erhobenen Umfrage im Auftrage des Zentral-Komitees, dessen Generalsekretär er ist, bearbeitet. Um das nach sehr verschiedenen Grundsätzen und von den verschiedensten Körperschaften in Deutschland ins Leben gerufene Rettungswesen einheitlich zu gestalten, wurde im Jahre 1901 auf Anregung des Ministerialdirektors im Ministerium der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten, Dr. Althoff, ein Zentralkomitee für das Rettungswesen in Preussen begründet, dem eine grössere Anzahl hervorragender Aerzte und Herren anderer Berufsklassen angehören.

Auf Anregen des Zentral-Komitees wurde eine behördliche Umfrage grossen Stiles über den Stand des Rettungs- und Krankenbeförderungswesens veranstaltet, die ein einwandfreies und zuverlässiges Material zur Beleuchtung der Frage lieferte, das der Verfasser in vorzüglich klarer und übersichtlicher Weise bearbeitet hat. Wir erhalten so ein gutes Bild über alle einschlägigen Fragen in Bezug auf Deutschland, das in vielen Beziehungen höchst Interessantes bietet. So ergiebt sich z. B., dass die Zahl aller Aerzte in Deutschland 29997 beträgt, wobei auf 100 qkm. 5,55 und auf je 10000 Einwohner 5,32 Aerzte kommen (Preussen 5,23 resp. 5,29), das macht je ein Arzt auf 1879 Einwohner. Ferner werden die Einrichtungen zur Erteilung der ersten Hülfe und zum Transport Kranker und Verunglückter in den verschiedenen Teilen des Reiches besprochen, die Krankenhäuser und die Anzahl der Betten, die Zahl der behördlichen und freiwilligen Anstalten, welcher Art letztere, Rettungsstationen für Schiffbrüchige etc. etc., Rettungseinrichtungen in Fabriken und Bergwerken, und das alles geordnet und vielfach graphisch dargestellt für die einzelnen Bundesstaaten, die grossen und kleinen Städte, das flache Land.

Aus all' den Zahlen und Betrachtungen ergiebt sich, dass in Deutschland das Rettungs- und Krankentransportwesen eine grosse Verbreitung und Entwickelung gewonnen hat und auch speziell von privater Seite viel getan wird und dass Deutschland auch auf diesem Gebiete nicht im Rückstande geblieben ist, sondern vielen Ländern als nachahmenswertes Muster dienen kann.

W. Schiele.

H. Hughes: Lehrbuch der Atmungsgymnastik. Mit 117 Abbildungen, 155 Uebungen und 30 Rezepten. Zweite aufs Doppelte vermehrte Auflage. Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden. 254 S.

Dr. Hughes, Arzt in Bad Soden a. T., dem wir bereits mehrere wertvolle Bücher über physikalische Untersuchungsweisen und Heilmethoden («Allgemeine Perkussionslehre», «Lehrbuch der schwedischen Heilgymnastik» und die «Mimik des Menschen auf Grund voluntarischer Psychologie») verdanken, hat auch das Verdienst, das spezielle Gebiet der Heilgymnastik, die Atmungsgymnastik, welche bisher in den Handbüchern der physikalischen Heilmethoden und selbst in den speziellen Leitfäden der Heilgymnastik kaum berücksichtigt wurde, auf eine feste wissenschaftliche Grundlage gestellt, ihre Wirkungen anatomisch und physiologisch erklärt und genaue Regeln für ihre Anwendung gegeben zu haben. Als der Verfasser vor einem Jahrzehnt die erste Auflage des vorliegenden Handbuches veröffentlichte, schwamm er, wie er im Vorwort sagt, der Zeitströmung entgegen. Die Bakteriologie war damals Trumpf und manche Kollegen hielten es gar eines Arztes für unwürdig, sich mit Heilgymnastik zu befassen. In wenigen Jahren ist aber ein erfreulicher Umschwung eingetreten: die physikalischen Heilmethoden, namentlich auch die Mechanotherapie (Heilgymnastik und Massage), haben als wirksame und unentbehrliche therapeutische Mittel die verdiente Anerkennung gefunden und es kann daher auch ihre Ausübung nicht mehr als eine minderwertige Beschäftigung angesehen werden! Dieser Umschwung ist in erster Linie den Leitern*) gewisser Kurorte und Sanatorien zu danken, deren eklatante Erfolge in manchen Zweigen der physikalischen Therapie dann allmählig auch die Universitäten veranlassten, die physik. Therapie in den Lehrplan aufzunehmen, womit letztere ihre offizielle Anerkennung erlangte.

So fällt also das Erscheinen der zweiten gründlich umgearbeiteten und aufs Doppelte vermehrten Auflage des Hughes'schen Lehrbuchs der Atmungsgymnastik in eine günstigere Zeit, in der diese verdienstvolle Arbeit auf eine richtige Würdigung seitens der Aerzte rechnen kann.

Was die Anordnung des Stoffes im Buche anbelangt, so folgt, nach einer Schilderung der Hauptzwecke und der Geschichte der Gymnastik, sowie der Körperstellung und der Veränderungen der oberen Luftwege beim Atmen, eine Beschreibung der verschiedenen Atmungsweisen, sowie der Indikationen und Kontraindikationen für die Anwendung derselben bei den verschiedenen Krankheiten. Den Schluss bilden die Verordnungsweisen, Rezeptproben, ein Namen- und Sach-

*) Wir verweisen auf die von uns in Nr. 9 dieser Wochenschrift (1906) besprochene Brochüre «Die physikalische Therapie im Lichte der Naturwissenschaft» von Dr. Willy Müller (Leiter einer physikalisch-diätetischen Heilanstalt in Gotha), die eine wahre Werbeschrift für die physikalische Therapie ist.

verzeichnis. Zahlreiche im Text zerstreute instruktive Zeichnungen und Abbildungen tragen wesentlich zum Verständnis der beschriebenen Atmungsübungen bei.

Wir können das Hughes'sche Lehrbuch den praktischen Aerzten auf das angelegentlichste empfehlen; sie werden sich durch das Buch davon überzeugen, dass die Atmungsgymnastik ein fein durchdachtes Lehrgebäude bildet, an dem wenig zu ändern ist, da es auf dem unerschütterlichen Boden der Anatomie und Physiologie ruht.

Bernhoff.

G. von Voss, Erlebnisse und Gedanken eines russischen Militärarztes. 1904—1905. Leipzig, Verlag von Gustav Schlemminger.

Das lebhaft und anschaulich geschriebene Buch wird sicher einen grossen Leserkreis finden. Der Verfasser hat viele Bekannte, die an seinen Erlebnissen sehr regen Anteil nahmen, als auch ihn während des Krieges mit Japan das schwarze Loos traf. Aber auch ferner Stehende werden viel Anregendes finden, da die persönlichen Erfahrungen des Verfassers typisch für das Funktionieren des russischen Militär-Medizinalwesens während des folgenschweren Krieges sind. Sehr erfreulich sind sie nicht. Referent kann aus eigener Anschauung bezeugen, dass nichts übertrieben oder zu Unrecht verallgemeinert ist. Man liest die Schilderungen mit jenem Behagen, das überstandene Drangsale und Mühseligkeiten erwecken, wenn ihnen ein grösserer zeitlicher Abstand die Bitterkeit und Schärfe genommen hat.

W.

Mitteilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 19. April 1906.

Vor der Tagesordnung stellt Dr. Julius Eliasberg einen Fall von Lupus vulgaris vor, welchen er nach einer neuen Methode behandelt hat (mit Methylchlorid).

p. I. Dr. Wolferz jun. demonstriert einen Fall von Arrosion der Carotis durch Drüsenabszess, geheilt durch Unterbindung der Carotis. Erstes Symptom Blutung aus dem linken Ohr. 6-jähriges Mädchen, 3. Scharlachwoche, blutet seit 24 Stunden aus dem linken Ohr. Am Tage vorher Drüsenabszess an linker Halsseite gespalten und 2—3 Esslöffel Eiter entleert. Die Blutung aus dem Ohr kommt aus einer Fistel in der unteren Gehörgangswand, zeitweilig blutet es im Strahl. Der Drüsenabszess wird breiter eröffnet, dabei erfolgt kolossale Blutung, Tamponade, Freilegen und Unterbindung der Carotis 3 cm. unterhalb der eitrigen Wunde. Blutung steht. Am 4. Tage beim 2. Verbandwechsel Nachblutung aus Wunde, Ohr, Nase und Mund, Puls kaum fühlbar. Tamponade. Von da an steht die Blutung. Täglich Kochsalzinfusion. Nach einigen Tagen Allgemeinbefinden besser. 2 Wochen nach Unterbindung fieberfrei, vollständige Heilung in 6 Wochen. Facialisparese aller Aeste seit dem 3. Tage nach operativem Eingriff und geringe Pupillendifferenz bei normalem Augenhintergrund nachgeblieben. Im Verlauf links Mittelohreiterung, die chron. noch besteht.

p. II. Dr. v. Mühlen demonstriert den Kranken mit der Steinbildung in der Kiefer-Keilbeinhöhle, über welchen er in der vorigen Sitzung gesprochen.

p. III. Dr. M. Hirschberg hält seinen angekündigten Vortrag:

«Beitrag zu den unwillkürlichen Muskelzuckungen im Gesicht». (Der Vortrag soll im Druck erscheinen).

Dr. E. Schwartz weist auf die Wichtigkeit des Tremor für die Diagnose hin, oft sei er der Vorläufer einer Lähmung z. B. sei es der Fall gewesen bei einer Bleilähmung, welche er kürzlich beobachtet.

Dieser Krampf sehe genau so aus, wie man ihn auch bei Neuropaten beobachten könne.

p. IV. Dr. v. Cossart (als Gast) hält seinen Vortrag: «Zur Bier'schen Stauung».

Unter den vielen Versuchen mit Bier'scher Stauungshyperaemie giebt es eine ganze Reihe von Misserfolgen, die meist die schweren Fälle betreffen. Die leichteren Infektionen heilen ebenso gut bei Anwendung von immobilisierenden Verbänden und Suspension. Der Körper scheint eben mit einem gewissen Grade der Infektion selbst fertig zu werden.

Bei den unter Dr. v. Bergmanns Leitung gemachten Versuchen wurden bloss entzündliche Prozesse der Extremitäten gestaut, wozu man sich der Gummibinde bediente.

Das Nachlassen der Schmerzen wurde fast stets beobachtet was auch als Gradmesser der richtig angelegten Binde dienen soll. Bloss die Diabetiker scheinen in dieser Hinsicht eine Ausnahme zu machen; von ihnen wurde die Binde entweder garnicht vertragen oder blieb ohne Einfluss.

Das die bakteriziden Eigenschaften enthaltende Oedem trat bald auf. Auf den Unerfahrenen kann dasselbe den Eindruck des Weiterkriechens des Prozesses machen.

Wir sahen eine lebhaftere Verfärbung, doch selten die von Bier hervorgehobene intensive Rötung. Die Stauung muss eine warme sein, unangenehme Empfindungen müssen fehlen.

Eine zu fest angelegte Binde muss Ernährungsstörungen hervorrufen.

Zu unseren günstig verlaufenen Fällen gehören einige leichtere subkutane Panaritien, mittelschwere Lymphangitiden und beginnende Phlegmonen, die wohl auch durch immobilisierende Verbände und Hochlagerung zurückgegangen wären. Die Heilungsdauer war im Verhältnis zu den alten Methoden keine verkürzte, event. kann in einigen Fällen eine frühere Arbeitsfähigkeit eintreten, da Pat. eher mit den Bewegungen beginnen. Wo deutlich Eiter nachweisbar war, wurden 1—1½ ctm. lange Stichinzisionen nach Bier angelegt, und erzielten wir auch hier in paar Fällen hübsche Resultate. Zu dieser Gruppe gehören aber auch unsere meisten Misserfolge. Der Prozess ging allerdings meist nicht weiter, doch musste man häufig nach einiger Zeit die Operation vornehmen, die gleich ausgeführt jedenfalls auch genügt hätte. Die Pat. hatten dabei nur viel Zeit verloren. Doch existieren unter den Beobachtungen auch Fälle, wo nach längerem Wohlbefinden die Pat. plötzlich unter septischen Erscheinungen erkrankten.

Gute Resultate wurden erzielt, wo die Stauung nach breiten Spaltungen des Gewebes als Ersatz der Tamponade angewandt wurde. Die Heilungsdauer wurde verkürzt, die schmerzhaften Verbände und der schädigende Einfluss der Tampons auf das Gewebe (Sehnen) fiel fort; ebenso konnten dank dem Wegfall der immobilisierenden Verbände bessere funktionelle Resultate erzielt werden.

Dass es bei vollkommener Technik wenige Misserfolge geben wird, ist nach Bier's Mitteilungen zu erwarten.

Gegen zu grosse Begeisterung wäre Lexer's kürzlich erschienene Arbeit, die sich auf bakteriologische Studien stützt zu empfehlen.

(Autoreferat).

Dr. Brutzer möchte die Anwendung der Bier'schen Stauung bei chronischen Fällen und bei akuten gesondert besprechen; bei den chronischen Fällen sei das Verfahren ausgezeichnet, hier sei immer ein guter Erfolg; wenn es trotz Anwendung dieses Verfahrens doch zur Operation komme, so sei doch nichts verloren; bei Verdacht auf Tuberkulose in diesen Fällen werde die Stauung immer gut vertragen; was die akuten Erkrankungen, z. B. Phlegmonen, Panaritien etc. beträfe, so lägen aus der Literatur immer mehr Berichte vor, dass auch hier gute Resultate zu erzielen möglich, nur bei einigen seien sie schlecht gewesen; wo der Prozess nicht lokalisiert ist, solle die Stauung nicht angewandt werden, also bei der Pyaemie: Bier selbst sage, dass solche Fälle nicht wegen, sondern trotz der Stauung schlecht verlaufen sind.

Brutzer meint, dass die Technik noch erweitert werden müsse, es seien auch Saugapparate angewandt, nicht nur die Binde. Das Verfahren verdiene jedenfalls noch weiter ausgebaut zu werden.

Dr. v. Bergmann meint, dass die Behandlung der Tuberkulose nach Bier ein Kapitel für sich bilde, das er heute daher nicht berühren möchte; nur so viel möchte er sagen, dass er hier einen operativen Eingriff vorziehe. In Betreff der entzündlichen Prozesse habe das Urteil auf dem diesjährigen April-Kongress der Chirurgen in Berlin jedoch im Allgemeinen anders gelautet als Dr. Brutzer's Ansicht. Ueberall seien gute Resultate erzielt worden, wenn es sich um Fälle gehandelt, welche im Entstehen begriffen waren. Bei der Osteomyelitis jedoch habe nur Bier gute Resultate erzielt. Diabetes solle nach Ansicht Aller nicht gestaut werden. Die Furunkel im Allgemeinen seien jedoch mit Erfolg mit Stauung behandelt worden; zeitlich sei der Erfolg bei dieser Behandlung der Furunkel wohl derselbe, eher habe man sich noch etwas länger später mit dem Oedem zu plagen, als bei der alten Methode der Operation. Brennend sei die Frage der Behandlung der Phlegmone mit der

Stauung; Bier selbst verspreche hier bessere Resultate und ist Bergmann der Meinung, dass Bier Recht habe; nachdem man inzidiert hat, ist die Tamponade nicht mehr nötig, auch Lexer giebt dies an. Bier hat nur 40 pCt. Sehnennekrosen nach Sehnenscheidenentzündungen bei seinem Verfahren gesehen, was doch gewiss ein sehr gutes Resultat sei.

Bei den metastatischen Prozessen müsse man bedenken, dass auch eine Spontanheilung eintreten könne: mit der Stauung behandelt, haben solche Patienten jedoch viel weniger Schmerzen. Bier hat gerade auch hier gute Erfolge gesehen.

Ebenso könne man das Verfahren auch bei Entzündungen anwenden, welche durch Gonokokken, Pneumokokken hervorgerufen seien.

d. Z. Sekretär: Dr. med. Theodor Schwartz.

Protokoll der Sitzung des Illuxtischen Aerztevereins

am 16. September 1905.

1) Dr. Rippe trägt über den Trichocephalus dispar vor. (Der Vortrag erscheint im Druck).

Mag. Jutt führt einen Fall an, in dem Patient, der an Kopfschmerzen und verschiedenen anderen nervösen Beschwerden litt, nach einer Bandwurmkur, die wegen des Vorhandenseins von Trichocephaluseiern im Stuhl vorgenommen wurde, vollständig genas.

2. Dr. Jürgensohn referiert über einige Fälle von subkutanen Gelatininjektionen bei Lungenblutungen.

a) Fall I. Am 23. Mai 1905 heftige Lungenblutung nach längerem Fieber. Nach 30 cctm. 10 pCt. Gelatinlösung, die am 30. Mai injiziert wurden, stand die Blutung. Das Fieber stieg jedoch und am 4. Juni trat Exitus letalis ein.

b) Fall II. Am 22. Juli 1905 starke Haemoptoe, Vom 22.—26. Juli von verschiedenen Haemostatica keine Besserung, die Blutung dauert fort. Puls am 25. Juli kaum mehr zu fühlen. An diesem Tage wurden 40 grm. 10 pCt. Gelatinlösung (Gelatina sterilisata Merck) subkutan injiziert. Die Temperatur stieg. Nach 2 Tagen Verstärkung der Blutung. Am 30. Juli eine neue Injektion von 80 cctm. derselben Gelatinlösung — absolutes Stehen der Blutung — sofort Schüttelfrost (Temperatur 40,6°), nach 2 Tagen Zuckungen der Stirnmuskeln, die auf die Arme übergingen und 10 Tage andauerten. Die Temperatur fiel ab. Bis jetzt keine Blutung. Augenblicklich abends Temperatur 37,5.

Schattenseiten dieser Behandlungsweise:

a) Möglicher Tetanusbazillenbefund in der Gelatine.

b) Die Injektionen wirken an und für sich auf den Prozess ungünstig — die Temperatur hält an, die subjektiven Erscheinungen schwinden nicht. Referent empfiehlt daher, die Gelatininjektionen nur bei indicatio vitalis anzuwenden.

Dr. Rippe bemerkt, dass in letzter Zeit die blutstillende Wirkung der Gelatininjektionen auf den Gehalt des Calcium chloratum darin zurückgeführt wird (Gley und Richaud — La Presse médicale 20. IV. 1904) welches man ja rein und vollständig aseptisch anwenden könnte, und dass in letzter Zeit der, bei Gelatinjektionen ungünstigen Nacherscheinungen wegen, viele Versuche gemacht werden, die Blutung auf andere Weise zu stillen, z. B. durch Kompressionsverbände etc.

3. Dr. Vierhuff referiert über einen Fall von doppelseitiger Unterkieferluxation.

4. Dr. Holowko: A.) referiert, mit Demonstration der Temperatur- und Pulskurve, über einen Fall von Puerperalfieber, welches 4 Monate andauerte, von beiderseitiger Phlegmasia alba dolens und von Embolien in beiden Lungen begleitet wurde, sich in täglichen Schüttelfrösten, wobei die Temperatur manchmal bis 41° stieg, äusserte und nur nach hartnäckiger Bekämpfung durch alle bekannten und empfohlenen Mittel (Collargol, Chinin, Kampherinjektionen und Injektionen von Natrium kakodylicum) zum Weichen gebracht wurde.

B) Demonstriert: a) eine Kindskopfgrosse Ovarialcyste, die infolge von Stieltorsion völlig abgedreht war, mit dem Darm stark verwachsen und total in Netzadhaesionen eingehüllt war. Durch einen Riss im Netz waren einige Dünndarmschlingen durchschlüpft und das führte zum Strangulationsileus. b) eine Tubo-Ovarialcyste, die adhaerent war mit Netz, Peritoneum parietale, Darmschlingen. Stieldrehung um 2 mal 360°. Tube am Stiel vollständig abgedreht, an dieser Stelle fand sich an Tumor ein altes Haematom; c) eine Ovarialcyste, bei der der Stiel um 2 mal 360° gedreht war — die Cyste war besonders stark mit dem Darm adhaerent. Der Serosadefekt musste an 2 Stellen in einer Ausdehnung von 10 ctm. mit Naht versorgt werden. Am Stiel ist die Torsion durch Adhaesionen fixiert, was noch jetzt am Präparat zu sehen ist. Alle Operierten genasen.

(Autoreferat).

Sekretär: Dr. Rippe.

Sitzung am 25. Februar 1906.

1. Vortrag von Dr. Holowko über Stieltorsion bei Ovarial-Tumoren. (Der Vortrag erscheint im Druck).

2. Vortrag von Dr. Rippe über die Leukocytenformel be Typhus und ihren diagnostischen Wert. (Der Vortrag erscheint im Druck).

3. Vortrag von Dr. Vierhuff über Roseola syphilitica tarda — in Veranlassung eines Falles, den er eben in Behandlung hat: Vor 13 Monaten einige Ulcera im sulcus coronarius die unter Carbolsäure-Aetzung und Calomelsalbe langsam heilten; ob ulcera mollia oder chancre mixte blieb damals unentschieden. Patient entzog sich einer weiteren Beobachtung, behauptete das ganze Jahr über gesund gewesen zu sein. Drei Wochen bevor sich Patient im Januar a. c. an den Vortragenden wandte, harte etwas schmerzhafte Drüsenschwellung in der linken Leistenbeuge, zwei Wochen darauf mittelgrossfleckige Roseola auf Brust, Bauch, Rücken und Armen; nach 14-tägigem Bestehen des Ausschlages wird eine Schmierkur eingeleitet, worauf das Exanthem bald schwindet und das Inguinaldrüsenpacket kleiner wird. Die Ulcusnarbe ist immer noch etwas hart. Es war also eine Roseola syphilitica tarda nicht im Sinne Fournier's (Erscheinung der tertiären Periode), sondern im Sinne von Zeissl, Stürmer u. A., die die Roseola syphilitica tarda auch für das sekundäre Stadium in Anspruch nehmen.

(Autoreferat).

4. Dr. Holowko demonstriert eine von ihm wegen Tubenaborts per laparotomiam entfernte Tube. Patientin, 33 Jahre alt, hat 8 mal geboren, Wochenbett normal, nie gynaekologisch behandelt, erkrankte plötzlich nach 6-wöchentlichem Ausbleiben der Menses; der Erguss von Blut in die Bauchhöhle war so stark, dass Patientin fast der Verblutung erlag — pulslos auf den Operationstisch gebracht wurde. In der rechten etwas verdickten Tube steckte im Abdominalostium ein Blutgerinnsel — die Tube wurde exstirpiert, an ihr ist keine Rupturstelle sichtbar, auf der aufgeschnittenen Tube im ampullären Teile derselben sind Zotten nachzuweisen. Der Fall ist dadurch interessant, dass auch beim Tubarabortus die Blutung nicht wie gewöhnlich schubweise, sondern auch in einer Attake erfolgen und fast bis zur Verblutung führen kann. Patientin genas.

(Autoreferat).

Sekretär: Dr. Rippe.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Dem beständigen Mitgliede des militär-medizinischen gelehrten Komitees, Geheimrat Dr. Konstantin Schenck, ist das Ehrenzeichen für 50-jährigen tadellosen Dienst am Georgs-Wladimirbande Allerhöchst verliehen worden.

— Der Direktor des neuen orthopädischen Instituts in St. Petersburg Dr. Wreden ist zum beratenden Mitgliede des militär-medizinischen Komitees ernannt worden, unter Belassung im bisherigen Amte.

— Zur Teilnahme an der 400-jährigen Jubelfeier der Universität in Aberdeen, welche vom 25.—28. n. St. stattfindet, sind von der militär-medizinischen Akademie

die Professoren J. P. Pawlow und Heinrich Turner mit einer Glückwunsch-Adresse der Akademie abdelegiert worden. Zu dieser Feier hat sich auch der Professor der Hygiene an der deutschen Universität Prag Dr. Hueppe begeben, dem die Universität Aberdeen anlässlich ihres Jubiläums ihre höchste Ehrung, die juridische Doktorwürde, verliehen hat. Prof. Hueppe wird gleichzeitig seitens der Prager deutschen Universität und der Kaiserlich Leopoldinisch-Karolinischen Akademie der deutschen Naturforscher in Halle Glückwunsch-Adressen überreichen.

— Der ausserordentliche Professor des weiblichen medizinischen Instituts und Oberarzt des städtischen Kalinkinhospitals, Privatdozent der militär-medizinischen Akademie Dr. Kulnew ist zum Konsultanten für Hautkrankheiten bei den Anstalten des Ressorts der Kaiserin Maria ernannt worden, mit Belassung in den von ihm bekleideten Stellungen.

— Der verabschiedete Professor emeritus Dr. Hirschmann ist als ausseretatmässiger Professor der Augenheilkunde an der Charkower Universität wieder angestellt worden.

— Der Prof. extraord. der Chirurgie an der Warschauer Universität Dr. Kusnezow ist zum ausseretatmässigen Konsultanten des Ujasdow-Hospitals in Warschau ernannt worden, unter Belassung in der bisherigen Stellung.

— Der Oberarzt des Leibgarde-Schützenregiments Dr. Ponomarew ist mit Uniform und Pension verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Ernennung zum wirklichen Staatsrat.

— Dem früheren Professor der Hygiene an der Charkower Universität Dr. Irinarch Skworzow ist es gestattet worden, Vorlesungen über Epidemiologie an der Kiewer Universität zu halten.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 22. August in Twer einer der ältesten Aerzte dieser Stadt, Dr. Eduard v. Landesen im 70. Lebensjahre. Zu Pernau als Sohn des dortigen Kreisarztes Friedrich Landesen geboren, erhielt der Hingeschiedene auch dort seine Schulbildung und bezog i. J. 1856 die Dorpater Universität, an welcher er bis 1861 Medizin studierte und der Korporation Livonia angehörte. Nach Absolvierung des Arztexamens i. J. 1863, setzte er seine Studien im Auslande fort und liess sich dann als Arzt in Twer nieder, wo er bald eine ausgebreitete Praxis sich erwarb und bis zu seinem Lebensende zahlreiche amtliche Stellungen als Eisenbahnarzt, Fabrikarzt, Arzt des geistlichen Seminars, Direktor eines Kinderasyls und Vizepräses der ärztlichen Gesellschaft bekleidete. Der Verstorbene zeichnete sich durch leutseliges Wesen und liebenswürdige Umgangsformen aus und erfreute sich daher unter seinen Kollegen, wie auch im Publikum einer grossen Beliebtheit. Wer ihm nahe getreten ist, wird seiner liebenswürdigen Persönlichkeit sicherlich ein freundliches Andenken auch über das Grab hinaus bewahren. 2) In Borowitschi (Gouv. Nowgorod) am 15. August der frühere Arzt bei der Topographenabteilung des Generalstabes in Petersburg, Dr. Alexander Steinfeld im Alter von nahezu 80. Jahren. Der Verstorbene stammte aus Narva und hatte seine medizinische Ausbildung ebenfalls in Dorpat erhalten, wo er von 1847—52 studierte und 1854 die Doktorwürde erlangte. Nach mehr als 30-jährigem Dienst als Arzt im Generalstabe, wurde er 1886 verabschiedet, war dann einige Zeit praktischer Arzt in St. Petersburg, um schliesslich seinen Lebensabend in Borowitschi zu verbringen. 3) Am 2. Sept. n. St. zu Heidelberg der bekannte Kliniker Prof. Dr. Oswald Vierordt am Herzschlage im 51. Lebensjahre. V. habilitierte sich 1884 als Privatdozent in Leipzig, folgte dann 1888 einem Rufe nach Jena und 1890 nach Heidelberg, wo er als Professor ord. die Poliklinik und Kinderklinik leitete. Die Wissenschaft verdankt ihm eine Reihe medizinischer Werke: die beliebte «Diagnostik der inneren Medizin», den Abschnitt «Rhachitis und Osteomalacie» im Nothnagel'schen Handbuch, die Kapitel über «Die acuten Infektionskrankheiten» im Handbuch für spezielle Therapie und viele andere. 4) In Lausanne der Professor der Physiologie an der dortigen Universität Dr. Alexander Herzen, ein Sohn des bekannten russischen Agitators und Revolutionärs gleichen Namens, im Alter von 67 Jahren an Herzschwäche nach einer Operation. Herzen war in Wladimir geboren, studierte in London und Bern, begleitete Karl Vogt 1862 nach Island und Spitzbergen und wurde 1881 zum Professor der Physiologie in Lausanne ernannt. Der Verstorbene hat sich durch hervorragende Arbeiten auf dem Gebiete der Physiologie einen Namen gemacht. Im J. 1890 veröffentlichte er eine Brochüre unter dem Titel «Das russische Volk und seine Regierung», in welcher er die heutigen Ereignisse in Russland voraussagte.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Der ausserordentliche Professor der speziellen Pathologie und Therapie an der Charkower Universität Dr. Georgiewski ist auf den Lehrstuhl der therapeutischen Hospitalklinik dieser Universität übergeführt worden.

— Das Gesuch der Moskauer, Kasanschen und Charkowschen Universität, statt der bisherigen 15 pCt, künftig 30 pCt. der Studierenden von der Zahlung für die Universität befreien zu dürfen, ist vom Ministerium der Volksaufklärung abschlägig beschieden worden.

— Zur Bewerbung um den medizinischen Doktorgrad werden im Lehrjahre 1906/7 in der militär-medizinischen Akademie auch weibliche Aerzte (mit dem Arztdiplom) zugelassen werden. Die betreffenden Gesuche sind bis zum 1. Oktober einzureichen.

— Der Zudrang zu den demnächst ins Leben tretenden weiblichen medizinischen Kursen in Moskau ist ein kolossaler. Es sind gegen 1000 Gesuche eingelaufen, während nur 150 Frauen Aufnahme finden können.

— Die medizinische Fakultät der Wiener Universität verliert mit dem Schluss dieses Semesters vier hervorragende Mitglieder auf einmal, die sämmtlich aus ihrem Lehramt scheiden, weil sie die in Oesterreich geltende Altersgrenze für Universitätsprofessoren erreicht haben. Es sind das: der bekannte Nervenpathologe Prof. Moritz Benedikt, der Professor der Ohrenheilkunde Dr. Adam Politzer, der Hydrotherapeut Prof. Wilhelm Winternitz und der Professor für innere Medizin Dr. Ritter E. v. Stoffela d'Alta Rupe.

— Ein Lehrstuhl für physikalische Heilmethoden ist an der Züricher Universität errichtet und zum ausserordentlichen Professor für diese Disziplinen, sowie zum Leiter der betreffenden poliklinischen Kurse Dr. Ernst Sauer in Winterthur ernannt worden. Wie die «Tägl. Rundschau» mitteilt, hatte die Bevölkerung seinerzeit die Freigabe der arzneilosen Praxis verlangt und um das Volk für die Verwerfung dieser Forderung zu gewinnen, versprach die Regierung die Errichtung eines Lehrstuhls, durch den die arzneilose Praxis, d. h. das physikalische Heilverfahren an der Hochschule gepflegt werden sollte.

Standesangelegenheiten.

— Verhaftungen und Verbannungen von Aerzten wegen Beteiligung an politischen Umtrieben wurden in der letzten Zeit wieder gemeldet. So ist, wie die Tagesblätter berichten, Dr. Andreas Veit als er in der vorigen Woche hier auf dem Newaprospekt an der Kasanschen Kirche vorüberfuhr, von Polizeibeamten festgenommen und ins Untersuchungsgefängnis abgeführt worden, aus dem er erst im Juni gegen Kaution von 1000 Rbl. entlassen worden war. Damals wurde er wegen Beteiligung an den Sitzungen des Rats der Arbeiterdeputierten angeklagt. — In Wilna ist der Militärarzt F. W. Gussarow, wie verlautet, wegen Teilnahme an dem Kronstädter Aufruhr, und in Berdjansk der Landschaftsarzt Minuchin arretiert worden. — Aus Krassnojarsk ist der Arzt Dr. J. J. Koslow, Redakteur der «Sibirischen Nachrichten» auf Verfügung des Irkutskischen Generalgouverneurs in ein Dorf des Jenisseiskischen Kreises verbannt und seine Zeitung verboten worden.

— Die Ober-Medizinalverwaltung hat, der «Retsch» zufolge, die Administration der Gouvernements Tobolsk, Irkutsk und Jenisseisk davon benachrichtigt, dass das Ministerium des Innern den verbannten Aerzten gestattet hat, sich mit Privatpraxis zu beschäftigen und auch in den Hospitälern und Krankenhäusern zu dienen.

(«R. Wr.»).

— In Berlin haben 111 Aerzte kein besteuerungsfähiges Einkommen, 72 ein Einkommen von 900—1050 Mk., 356 von 1000—2000 Mk., 268 von 2100—3000 Mk. 234 von 3000 4000 Mk. und 146 von 4200—5000 Mk. Nur 675 Berliner Aerzte verdienen mehr als 5000 Mk., davon 48 sogar 50,000—180,000 Mk. Der vierte Teil der Aerzte hat also nicht einmal das Durchschnittseinkommen eines mittleren Beamten.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Der XVIII. Livländische Aerztetag in Wolmar, der am 22. August geschlossen wurde, hatte gegen 50 Livländische Aerzte zusammengeführt. Als Versammlungsort für den nächsten Aerztetag im August 1907 wurde Dorpat gewählt. Das bisherige Präsidium wurde einstimmig wiedergewählt.

— Zur internationalen Konferenz für Krebsforschung, welche bei Gelegenheit der Eröffnung des Instituts für Krebsforschung in Heidelberg vom 24.—27. September n. St. in Heidelberg und Frankfurt a.|M. stattfinden wird, ist auf die ausgesandten Einladungen zur Teilnahme eine grosse Zahl von Zusagen seitens hervorragender Fachgelehrten des In- und Auslandes erfolgt. Das Bureau der Konferenz befindet sich bis zum 21. September n. St. in Berlin, von da ab in den Konferenzstädten.

— In Wien hat sich vor Kurzem eine neue ärztliche Gesellschaft konstituiert, die den Titel «Gesellschaft für pädagogisch-psychiatrische Forschung» führt.

— Auf dem internationalen Kongress für Irrenpflege, der vom 26.—30. September in Mailand stattfindet, wird die Gründung eines internationalen Instituts besprochen werden, das den Zweck haben soll, die Ursachen der Geisteskrankheiten und deren Bekämpfung systematisch zu erforschen.

Verschiedene Mitteilungen.

— Eine deutsche Schöpfung in Südrussland. Der evangelisch-lutherische Kirchenrat in der Stadt Alexandrowsk (Gouv. Jekaterinoslaw) gründet dort im Verein mit dem Arzte Dr. Spindler eine Irrenanstalt, deren Statuten bereits bestätigt sind. Diese Wohltätigkeitsanstalt soll auch dazu beitragen, das Volksbewusstsein der dortigen Deutschen zu heben. Die Mittel sollen durch Kollekte beschafft werden. Etwaige Geldsendungen sind an den Kassierer, Fabrikanten Lepp in Alexandrowsk zu richten.

— Wieder ein Mittel gegen den Krebs. Wie ein Kölner Arzt den Korrespondenten verschiedener deutscher Blätter mitgeteilt hat, soll er ein Mittel zur Heilung des Krebses entdeckt haben, und zwar soll es ein Serum sein, das er von künstlich infizierten Tieren gewinnt. Er will auch einen Schimmelpilz als Erreger des Krebses festgestellt haben. Es ist nur nicht recht verständlich, warum der glückliche Entdecker seinen Fund nicht lieber der in nächster Zeit zusammentretenden Konferenz für Krebsforschung zur Beurteilung vorlegt, da die Tagespresse doch nicht der geeignete Ort zur Verwertung wissenschaftlicher Forschungsergebnisse ist.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 12. Aug. d. J. 10825 (2 mehr als in der Vorwoche), darunter 1240 Typhus — (21 mehr), 1012 Syphilis — (33 mehr), 441 Scharlach — (53 mehr), 233 Diphtherie — (27 mehr), 59 Masern — (1 wen.), und 14 Pockenkranke — (5 wen. als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 6. bis zum 12. Aug. d. J. im ganzen 707 (410 M., 297 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 40, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 17, Scharlach 25, Diphtherie 41, Croup 0, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 14, Erysipelas 0, Grippe 1, Katarrhalische Lungenentzündung 48, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 13, Tuberkulose der Lungen 88, Tuberkulose anderer Organe 12, Alkoholismus und Dilirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 36, Marasmus senilis 27, Krankheiten des Verdauungskanals 119, Totgeborene 36.

Am 19. Aug. d. J. betrug die Zahl der Kranken 10826 (1 mehr als in der Vorwoche.), darunter 1233 Typhus — (7 wen.), 950 Syphilis — (62 wen.), 417 Scharlach — (24 wen.), 236 Diphtherie — (3 mehr), 54 Masern — (5 mehr) und 12 Pockenkranke (2 wen. als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 13. bis zum 19. Aug. d. J. im ganzen 787 (469 M., 318 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 40, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 15, Scharlach 23, Diphtherie 24, Croup 0, Keuchhusten 8, Croupöse Lungenentzündung 18, Erysipelas 5, Grippe 3, Katarrhalische Lungenentzündung 64, Ruhr 8, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 12, Tuberculose der Lungen 88, Tuberculose anderer Organe 13, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 38, Marasmus senilis 30, Krankheiten der Verdauungsorgane 135, Totgeborene 28.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 19. Sept. 1906.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 25. Sept. 1906.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift“ erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **R. Wanach** in St. Petersb., Petb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 36 St. Petersburg, den 7. (20.) September. **1906.**

Festnummer zum 70. Geburtstag von Dr. E. Moritz (7. September 1906).

Verehrter Herr Kollege!

Sie haben beschlossen, nach Vollendung des siebenten Dezenniums Ihres Lebens die Leitung des Alexanderhospitals für Männer, und damit einen Teil Ihrer öffentlichen Tätigkeit, die sich während Ihres langen Arbeitszeit hier in St. Petersburg abgespielt hat, aufzugeben Gestatten Sie, diesem für weite Kreise bedeutsamen Schritt in kurzer rückblickender Betrachtung Ihres Lebenswerkes die ihm gebührende Würdigung zu teil werden zu lassen.

Ein Menschenalter hindurch sind Sie eines der hervorragendsten Glieder der Aerztekorporation St. Petersburgs gewesen. Das Band, welches diese Korporation zusammenschliesst, ist die medizinische Wissenschaft, die Losung, zu welcher sich alle ihre Mitglieder bekennen, ist Arbeit. Man kann wohl ohne Uebertreibung sagen: jeder Arzt leistet soviel Arbeit, als er zu bewältigen im Stande ist. Wie verschieden sind jedoch die Ergebnisse dieser äussersten Anspannung der Kräfte. Die Mehrzahl der Aerzte geht in der Praxis, in der privaten Krankenbehandlung, auf. Was sie auf diesem Gebiet geleistet haben, bezeugen die vielen, vielen Tausende, an deren Schmerzenslager Sie helfend, beruhigend, tröstend, gestanden.

Geringer ist die Zahl derjenigen, welchen die ärztliche Fürsorge für geschlossene Gesellschaften, Genossenschaften obliegt. Eine Reihe von Fabriken und Lebensversicherungsgesellschaften haben sich Ihrer Tätigkeit in dieser Richtung erfreut. Namentlich die letzteren sind durch Sie in hervorragender Weise gefördert worden.

Noch weniger sind derer, die zu leitenden Stellungen an Hospitälern gelangen. Das weibliche Obuchowhospital, in den letzten 25 Jahren das Deutsche Alexanderhospital, haben Sie an ihrer Spitze gesehen.

Auch das war Ihrer Arbeitsfreudigkeit nicht genug. Durch eine grosse Zahl wissenschaftlicher Arbeiten, durch zahlreiche Vorträge in Vereinen und auf Kongressen haben Sie auch uns Aerzte mit den Früchten Ihrer rastlosen Arbeit beschenkt.

Noch mehr. Es ist Ihnen vergönnt gewesen, dessen sich nur wenige Auserwählte rühmen dürfen — Sie haben g e s c h a f f e n, Sie haben Werke aus dem Nichts ins Leben gerufen, die uns Alle überdauern werden. Wir sprechen von der Gründung der einzigen deutschen medizinischen Zeitschrift in Russland — der St. Petersburger medizinischen Wochenschrift — und von der Gründung des Deutschen Alexanderhospitals für Männer. Auf die Bedeutung dieser Ihrer Schöpfungen, die sich längst als lebenskräftig und fruchtbringend erwiesen haben, kann hier nicht näher eingegangen werden.

Eine Arbeit wird nicht nach dem „Quantum“ bewertet, sondern nach dem „Quale“, nach dem Resultat. Wer als praktischer Arzt, auf kommunalem und wissenschaftlichem Gebiet, als Begründer und Leiter gemeinnütziger Institute das geleistet hat, was Sie, verehrter Herr Kollege, geleistet haben, der darf wohl von einem „köstlichen“ Leben sprechen, dem kommt die führende Stellung zu, die Sie unter uns Aerzten einnehmen, der kann mit Befriedigung sein Lebenswerk als abgeschlossen betrachten und sich der aus der reichen Saat gereiften Früchte freuen.

Ihre beiden geistigen Kinder, die St. Petersburger medizinische Wochenschrift und das Alexanderhospital, vertreten durch eine Reihe von Aerzten, die an ihm gearbeitet haben, und noch arbeiten, haben sich zusammengetan, um Ihnen, verehrter Herr Kollege, mit der vorliegenden Festschrift ein bescheidenes Geburtstagsgeschenk darzubringen. Möge es Sie noch lange Jahre in freundlicher Weise an den feierlichen Tag erinnern.

**Die Redaktion der St. Petersburger medizinischen Wochenschrift
und
die Mitarbeiter dieser Festschrift.**

Beobachtungen über die orthostatische Albuminurie.

Von

Dr. med. M. Abelmann.

Die im Vereine der St. Petersburger Aerzte in den Jahren 1891—95 von dem hochgeschätzten Jubilar Dr. E. Moritz gehaltenen interessanten Vorträge über die zyklische Albuminurie haben mich damals schon zu eingehendem Studium der in Rede stehenden Krankheitsform angeregt, und so konnte ich im Jahre 1897 im Verein der Kinderärzte zu St. Petersburg über 2 Krankheitsfälle berichten [1]), die ich im Verlaufe einer längeren Zeit in Beobachtung hatte und an denen ich es versuchte die charakteristischen Eigenschaften der zyklischen Albuminurie, die ja bereits Dr. Moritz, als erster in Russland statuiert hatte, näher zu beleuchten. Die typischen Eigentümlichkeiten der zyklischen, oder wie sie richtiger genannt wird, der orthostatischen Albuminurie, sind bekanntlich folgende: 1) der Urin ist bei horizontaler Lage der Kranken immer frei von Eiweiss: letzteres erscheint aber beim Uebergange der Kranken aus der horizontalen Lage in die vertikale Stellung, weshalb auch der Name „vertikale Albuminurie" von einzelnen Beobachtern gebraucht wird. Das weitere Verbleiben der Kranken auf den Füssen, also in vertikaler Stellung, verliert dann allmählich den schädlichen Einfluss auf die Nieren, die Albuminurie wird schwächer und schwindet allmählig ganz. 2) Im Bodensatz des eiweisshaltigen Urins findet man keine Formelemente, weder Zylinder noch Nierenepithelien, noch rote und weisse Blutkörperchen. 3) Die edlen Organe erweisen sich als vollkommen gesund, namentlich fehlen Symptome von Seiten des Herzens, auch Sehstörungen werden nicht beobachtet. 4) Als weiteres Charakteristikum ist anzuführen, dass die orthostatische Albuminurie gewöhnlich im Alter des raschen Wachstums auftritt, weshalb auch Moxon den Namen „Albuminurie of adolescents" vorgeschlagen hat. Heubner [2]) fand auf Grund seines reichen Materials und der in der Literatur bekannten Fälle, dass 39% auf das kindliche Alter fallen, und 77% auf die Altersperiode bis 20 Jahren. Endlich sind auch die Klagen der Patienten charakteristisch: sie beschweren sich über allgemeine Schwäche in den Gliedern, leichte Ermüdung, Schläfrigkeit, Verringerung der Arbeitskraft; Viele weisen auf Kopfschmerzen hin, Schmerzen längs der Wirbelsäule, Schwindel, Ohrensausen und dergleichen. In meiner zitierten Arbeit habe ich ferner den Beweis geliefert, dass weder ein bestimmtes diätetisches Regime, wie z. B. die Milchkur oder eine gemischte Nahrung, noch irgend welche pharmakologische Agentien, oder eine physikalische Behandlungsmethode irgend einen Einfluss auf die in Rede stehende Albuminurieform erkennen lassen. Aktive und passive Bewegungen bei horizontaler Lage veranlassen durchaus nicht das Einsetzen des Eiweissharns. Muskelanstrengung und Sportsübungen in vertikaler Stellung verstärken auch nicht die Albuminurie. Indem ich die täglichen Harnmengen, das spezifische Gewicht des Urins und die Eiweissmengen aneinander reihte, konnte ich mich überzeugen, dass die grösseren Eiweissmengen im Urin durchaus nicht Hand in Hand gehen mit Verringerung der Harnmenge und Erhöhung des spezifischen Gewichts, zuweilen zeigt der Urin ein hohes spezifisches Gewicht bei Fehlen von Eiweiss und ein niedriges bei Vorhandensein desselben. Ich habe ferner schon damals auf die grossen Meinungsdifferenzen aufmerksam gemacht, welche in Betreff des Wesens der orthostatischen Albuminurie herrschen. Während Klemperer [3]), Heubner, Stirling [4]), v. Noorden [5]), Moritz [6]), Reckmann [7]), und viele andere Autoren geneigt sind die zyklische Albuminurie als eine funktionelle Nierenstörung anzusehen, stehen andere Autoren, wie Johnson [8]), Senator [9]), Osswald [10]) Keller [11]), u. and. auf entgegengesetztem Standpunkte. Diese Autoren fanden im Harnsediment ihrer Kranken Zylinder, auch fettig degenerierte Epithelzellen, und sprechen sich auf Grund dessen dahin aus, dass die zyklische Albuminurie nichts anderes, als eine latent verlaufende Nephritis vorstelle, die entweder zur Heilung führt, oder aber in die chronische Nephritis übergeht. Die Ursachen der eben angeführten Meinungsdifferenzen über die Pathogenese der zyklischen Albuminurie sah ich in der Verschiedenartigkeit der in Beobachtung der einzelnen Autoren gewesenen Fälle und behauptete, dass, wenn auch die zyklische Form der Albuminurie entschieden bei ausgesprochener Nephritis beobachtet wird, so schliesse das durchaus nicht die Möglichkeit der Existenz einer reinen funktionellen Störung aus, ohne irgend welche anatomische Veränderung des Nierenparenchyms. Ich hatte auch auf die Fälle von Heubner und Schön [12]) verwiesen, wo eine solche funktionelle Störung bei einigen Mitgliedern ein und derselben Familie konstatiert werden konnte. Was das Wesen der zyklischen Albuminurie anlangt, so habe ich damals eine Reihe von Hypothesen angeführt, die von den verschiedenen Autoren aufgestellt worden waren, musste jedoch gestehen, dass die Pathogenese der Krankheit doch noch recht dunkel sei.

Im Laufe der letzten 9 Jahre ist nun eine ganze Reihe von Beobachtungen und Studien über die orthostatische Albuminurie veröffentlicht worden ich nenne hier z. B. die Arbeiten von Schaps [13]), Vire [14]), Porge [15]), alle diese Autoren bemühen sich eine annehmbare Erklärung für das eigentümliche Verhalten der zyklischen Albuminurie zu finden, doch absolut sichergestellt ist keine von den vielen Hypothesen; deshalb hielt ich es für lohnend an einem von mir in der internen Abteilung des klinischen Elisabeth-Kinderspitals beobachteten Fall

[1]) М. Абельманъ. Къ ученію о циклической альбуминуріи. Русскій Архивъ Патологіи, клинической медицины и бактеріологіи. 1897.

[2]) O. Heubner. Zur Kenntnis der zyklischen Albuminurie im Kindesalter. Festschrift für Henoch. Berlin 1890.

[3]) Klemperer. Ueber zyklische Albuminurie. Zeitschr. für klin. Med. XII. p. 168.

[4]) Stirling. Albuminuria in the appearently health 1887 und Cyclic or postural Albuminuria. Lancet 1888 p. 848.

[5]) v. Noorden. Albuminurie bei gesunden Menschen. Deutsches Archiv. f. klin. Med. Bd. 38. 3.

[6]) E. Moritz. Ueber vertikale Albuminurie. St. Petersb. med. Wochenschr. № 18—22. 1895.

[7]) Reckmann. Weitere Mitteilungen zur Kenntnis der cycl. Album. Jahrb. für klin. Med. Bd. 38.

[8]) G. Johnson. The clinical history of intermitent and latent albuminuria. Brit. med. Journ. 1889. 2, 23.

[9]) Senator. Die Erkrankungen der Nieren in Nothnagel's Handbuch. Bd. XIX. 1.

[10]) Osswald. Zyklische Album. und Nephritis. Zeitschr. f. klin. Med. XXVI, p. 73.

[11]) Keller. Beitrag zur Kenntnis der zykl. Album. Jahrb. f. klin. Med. XLI, p. 352.

[12]) S. Schön. Eine Beobachtung über familiäre zykl. Albuminurie. Jahrb. für Kinderh. XLI p. 307.

[13]) Schaps. Beiträge zur Lehre von der zyklischen Albuminurie. Archiv für Kinderh. Bd. 35, 3.

[14]) Vire. L'albuminurie orthostatique zitiert nach Медицинское Обозрѣніе № 12, 1902.

[15]) Porge. Contribution á l'étude pathogénique des albuminuries de la croissance. Revue mensuelle des maladies de l'enfance. 1901. Bd. 30.

von orthostatischer Albuminurie eingehendere Studien anzustellen.

Es handelte sich um ein 14-jähriges Mädchen, das im Februar d. J. in die stationäre Abteilung aufgenommen war. Aus den spärlichen anamnestischen Daten erwähne ich hier, dass der Vater des Mädchens im Alter von 40 Jahren an Tuberkulose zu Grunde gegangen war, er soll starker Potator gewesen sein. Die Mutter und 2 Geschwister leben und erfreuen sich einer guten Gesundheit. Das Mädchen soll ausser Masern keine akute Infektionskrankheit durchgemacht haben. Die Patientin ist von kräftigem Körperbau und sehr gutem Ernährungszustande, von Blutarmut keine Spur. Die Untersuchung des Blutes ergibt einen vollständig normalen Befund. Herzgrenzen normal, Töne rein. — Hervorzuheben wäre nur noch der bei der Patientin auffallend starke Dermogaphismus.

Der Urin war bei horizontaler Lage der Kranken immer völlig eiweissfrei, enthielt auch nie Formelemente. Die Albuminurie trat einzig und allein nach dem Uebergange aus der horizontalen Lage in die vertikale Stellung ein. Zum Vergleich der Eiweissmengen der verschiedenen Harnportionen bediente ich mich, wie auch in meiner ersten Arbeit, graduierter Reagensgläser. in welche gleiche Urinmengen gebracht wurden, so dass man nach der Höhe des Sediments Vergleiche anstellen konnte. Folgende Tabelle veranschaulicht den Charakter der Albuminurie:

Tabelle I.

Datum.	Nacht- und Morgenurin bei horizontaler Lage (Bett).	Eine Stunde nach dem Aufstehen (11—12 Uhr Morgens).	Am Tage um 3 Uhr.	6 Uhr Abends.	Bemerkungen.
7 II	0	$^{1}/_{5}$	0	0	
8 II	0	$^{1}/_{5}$	$^{1}/_{10}$	0	Ausserhalb des Bettes
9 II	0	$^{1}/_{10}$	$^{1}/_{10}$	Spuren	von $10^{1}/_{2}$—11 Uhr Mor-
10 II	0	$^{3}/_{10}$	0	0	gens bis 7 Uhr Abends.
11 II	0	$^{1}/_{5}$	0	0	
12 II	0	—	0	0	Den ganzen Tag im
13 II	0	—	0	0	Bette.

Um mich zu überzeugen, ob der eiweissfreie Urin nur von der Lagestellung der Kranken abhänge, liess ich das Kopfende des Bettes höher stellen, so dass dasselbe unter einem Winkel von 50° zu stehen kam. In solch einer Lage blieb das Mädchen bis 5 Uhr Abends. und der in verschiedenen Portionen aufgefangene Urin blieb eiweissfrei; Um 5 Uhr Abends liess ich das Mädchen aufstehen und um 6 Uhr fand sich schon im Urin Eiweiss und zwar $^{5}/_{10}$. Auch die Knieellenbogenlage, in welche die Kranke gebracht wurde, hatte keinen Einfluss auf den Urin, dagegen trat Eiweiss auf, nachdem die Knieellenbogenlage mit der vertikalen Stellung vertauscht wurde. Somit konnte auch hier nachgewiesen werden, dass das Einsetzen der Albuminurie einzig und allein durch den Uebergang aus der horizontalen Lage in die vertikale Stellung bedingt ist.

Es unterliegt wohl kaum einem Zweifel, dass bei der eben genannten Lageveränderung die Nierenzirkulation eine Veränderung erfahren muss, die sich jedoch einer genauen Kontrolle entzieht, das Resultat der Veränderung müsste sich jedoch in der Nierenarbeit Geltung verschaffen. Als ein wichtiges Kriterium für diese Arbeit kann die Ausscheidungskraft der Nieren den Chloriden gegenüber betrachtet werden. In den letzten Jahren ist ja diese Frage von der Chlornatriumausscheidung der kranken Nieren vielfach diskutiert worden; als entschieden festgestellt gilt die Tatsache, dass die kranken Nieren das Chlornatrium schlechter und langsamer ausscheiden, als die gesunden. Es tritt eine Kochsalzretention auf und zwar früher, als die Wasserretention. Bekannt sind die schönen Resultate. die bei den ödematösen Nephritikern durch Kochsalzabstinenz erzielt worden sind. Es haben ferner Linossier und Lemoine[16]) gezeigt, dass bei Nierenkranken, die im Bette liegen, die Ausscheidung des Chlornatriums grösser ist, als wenn sie herumgehen, während Adam Loeb[17]), der den Einfluss des Aufstehens auf die Urinabsonderung studierte, nachweisen konnte, dass bei ganz gesunden Menschen nach dem Aufstehen die Urinmenge zunehme, die Qualität der Chloride steige, während bei Leuten mit Zirkulationsstörungen das entgegengesetzte Verhältnis massgebend sei. Diese eben angeführten Tatsachen veranlassten mich den Urin der Kranken in dieser Richtung hin zu untersuchen d. h. die Mengen des ausgeschiedenen Kochsalzes zu bestimmen in dem Urin, der im Liegen der Kranken aufgefangen und im Urin, der bei aufrechter Stellung gelassen wurde.

Tabelle II.

Datum.	Eiweissfreier Harn bei horizontaler Lage.			Eiweissharn bei vertikaler Stellung.		
	Urinmenge.	Kochsalzgehalt.	%	Urinmenge.	Kochsalzgehalt.	%
23 II	800	11,2 gr.	1,4	250	2,5 gr.	1,0
16 III	900	9,0	1,0	350	2,8	0,8
18 III	700	8,5	1,2	500	4,6	0,9
20 III	370	6,2	1,7	400	5,8	1,4
21 III	500	7,5	1,5	320	3,8	1,2

Aus dieser Tabelle ist deutlich zu ersehen, dass im ersten Falle die Kochsalzmengen grösser sind als im zweiten Falle. Zu gleicher Zeit mit mir stellte auch Fräulein Philippson an der Breslauer Kinderklinik dieselben Untersuchungen an und gelangte auch zum selben Resultate: die Chlornatriumausscheidung nimmt beim Herumgehen der

---

[16]) Linossier et Lemoine: Comptès rendus de la société de biologie 1903.

[17]) Adam Loeb. Klinische Untersuchungen über den Einfluss von Kreislaufsveränderungen auf die Urinzusammensetzung. Deutsches Archiv für klin. Med. Bd. 83—84.

[18]) Paula Philippson. Versuche über die Chlorausscheidung bei orthostatischer Albuminurie. Jahrb. für Kinderheilkunde. Bd. 13, Heft 2.

Kinder ab, beim Liegen im Bette zu. Es drängt sich natürlich die Frage an uns heran, worauf diese Chlornatriumretention bei vertikaler Stellung basiert ist. Müssen wir hier eine Laesion der funktionierenden Elemente, d. h. des Nierenepithels annehmen, oder handelt es sich nur um eine Unregelmässigkeit in der Nierendurchblutung.

Die Beobachtungen von Adam Loeb und C. Knecht[19]) geben eine zufriedenstellende Antwort auf diese Frage; sie weisen strikt darauf hin, dass das verschiedene Verhalten der Chlornatrium-Ausscheidung beim Liegen und beim Stehen resp. Herumgehen lediglich auf eine durch den Akt des Aufstehens veranlasste Veränderung der Nierenzirkulation zurückzuführen sei. Somit können wir auch bei der orthostatischen Albuminurie für das Auftreten des Eiweisses beim Uebergange aus der horizontalen in die vertikale Stellung eine Störung in der Nierenzirkulation verantwortlich machen. Wir können annehmen, dass bei den Kranken mit orthostatischer Albuminurie in Folge einer Besonderheit des vasomotorischen Systems beim Aufstehen der Druck im Venensystem, speziell in der Vena cava und Vena renalis stark zunimmt, was natürlich eine Verlangsamung des Blutstromes in den Nieren und ein Sinken des arteriellen Druckes zu Folge hat. Dass in der Tat eine Drucksteigerung in der Nierenvene Eiweissharn im Gefolge haben kann, beweisen ja die Untersuchungen von Aufrecht und Friedberg[20]), die bei gesunden Kreissenden während der starken Wehen Albuminurie auftreten sahen, und zwar wurde diese rasch vorübergehende Albuminurie bei 39% aller Kreissenden konstatiert. Anzuführen wäre vielleicht hier auch noch die Beobachtung von Falkenheim bei einem Kranken mit starkem Milztumor: bei diesem trat Eiweissharn jedes Mal nur dann auf, wenn er die linke Seitenlage einnehmen musste; wahrscheinlich doch bedingt durch Druck des Tumors auf die linke Vena renalis.

Tabelle III.

Datum.	Horizontale Lage.		Vertikale Stellung.	
	Puls.	Blutdruck in mm.	Puls.	Blutdruck.
15 II	88	128	86	102
16 II	76	115	74	110
17 II	76	130	78	110
18 II	76	122	78	115
19 II	72	120	76	110
20 II	84	128	88	120
21 II	78	115	90	110
22 II	76	122	76	112
23 II	78	115	76	108

Meine Voraussetzung, dass bei der Kranken mit orthostatischer Albuminurie beim Uebergange aus der horizontalen Lage in die vertikale Stellung der arterielle Blutdruck sinke, veranlasste mich an derselben Person Blutdruckmessungen mit dem Riva-Rocci-Apparat in liegender und aufrechter Stellung auszuführen.

Wie aus dieser Tabelle zu ersehen ist sank jedes Mal nach dem Aufstehen der arterielle Blutdruck ziemlich bedeutend herab, was ich bei Kontrollversuchen durchaus nicht bestätigen konnte, auch Henri Petit[21]) fand an gesunden Personen, dass beim Aufstehen der arterielle Blutdruck steigt und nur bei Ermüdung wieder abfällt. Wenn wir uns die Frage vorlegen, wie wir die Tatsache des Sinkens des Blutdruckes beim Aufstehen erklären können so sind zwei Möglichkeiten in's Auge zu fassen, entweder handelt es sich um einen Fehler der Herztätigkeit oder aber um eine Innervationsstörung im Gefässsystem. Was die erste Möglichkeit anlangt, so erinnere ich hier, dass gerade die zyklische Albuminurie im Alter des starken Wachstums einsetzt, und dank den Untersuchungen von Beneke, Rauchfuss, Stark, Gerhard, Martius und anderen Autoren wissen wir, dass in dieser Altersperiode wohl ein Missverhältnis zwischen dem starken Wachstum des Herzens und des Körpers, besonders zwischen dem Wachstum des Herzens und des Brustkorbes auftreten kann; dieses Missverhältnis äussert sich zuweilen nach Germain Sée in einem Symptomenkomplex, das von ihm mit dem Namen: „Hypertrophie et Dilatation de la croissance" belegt wurde. Die Ausführungen von Germain Sée wurden später in Frankreich von Olivier, Comby und besonders Blache an vielen klinischen Beobachtungen bestätigt.

In Deutschland war es der berühmte Kliniker Martius der einen hierher gehörigen Krankheitszustand des Herzens mit dem Namen „Wachstumsinsuffizienz" beschrieben hat. Martius unterscheidet zwei Grade der Herzinsuffizienz bei rasch wachsenden Kindern: der schwache Grad charakterisiert sich dadurch, dass der Herzstoss etwas ausserhalb der Mammillarlinie zu liegen kommt und verbreitet ist, die Pulswelle ist schwach, bei der geringsten Muskelanstrengung steigt die Zahl der Schläge auf 120—140.

Beim starken Grade der Wachstumsinsuffizienz findet sich der Herzstoss schon in der Axillarlinie, stark hebend, die Tachykardie ist bereits bei den liegenden Kranken zu konstatieren. Bei allen diesen Patienten fällt ein grösserer oder geringerer Grad von Blutarmut auf. Ich zweifele durchaus nicht, dass in vielen Fällen von zyklischer Albuminurie, diese Wachstumsinsuffizienz des Herzens massgebend sein kann, nam. möchte ich dieselbe für einen von mir früher publizierten Fall in Anspruch nehmen. Bei der jetzt in Rede stehenden Kranken kann ich jedoch diese Ursache nicht gelten lassen, das Mädchen hat ein blühendes Aussehen, von Anaemie keine Spur, auch sind die Herzgrenzen normal; somit bleibt uns nur die 2. Möglichkeit, — die Annahme einer anormalen Labilität des vasomotorischen Nervensystems übrig, was sich auch durch die bei der Kranken konstatierte stark ausgeprägte Dermographie kennzeichnet. Dass eine anormale Innervation des Gefässsystems eine plötzliche Zirkulationsstörung in den Nieren und in zu Folge dessen ein Auftreten von Eiweissharn

[19]) C. Knecht. Ueber den Einfluss des Aufstehens auf die Urinausscheidung Herzkranker. Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. 83, Heft 3 u. 4.

[20]) Friedberg. Ueber Albuminurie im Anschluss an den Geburtsakt. Berliner klin. Wochenschr. № 4, 1893.

[21]) Henri Petit zitiert nach der Münch. med. Wochenschrift 1906. № 11.

Folge haben kann, beweisen die Fälle von Albuminurie bei gesunden Personen unter dem Einfluss psychischer Affekte. Sehr möglich, dass die transitorische Albuminurie, die bei Nervenkranken in Erscheinung tritt (z. B. bei Migraene), auch die sog. Claude-Bernard'sche Albuminurie durch die Piqure veranlasst, auf vasomotorische Störungen zurückgeführt werden können.

Ueber Wirkungen farbigen Lichtes auf das Auge und ihre hygienische und therapeutische Verwertung.

Präsidialvortrag, gehalten im Verein St. Petersburger Aerzte am 10. Januar 1906.

Von

Dr. E. Blessig.

M. H.! Im Präsidialvortrag, der nach den Satzungen unseres Vereins in der Jahressitzung zu halten ist, pflegt ein Thema von allgemeinerer Bedeutung behandelt zu werden. Es dürfte damit dem Vortragenden das Recht gegeben sein, ein solches auch dann zu wählen, wenn er sich auf eigene Arbeiten darüber nicht berufen kann, nur einen Ueberblick über den derzeitigen Stand der darin berührten Fragen zu bieten vermag. Das vorliegende Thema schien mir sowol wegen seines theoretischen physiologisch-pathologischen Interesses, als auch wegen seiner praktischen Wichtigkeit für Hygiene und Therapie des Auges zum heutigen Vortrag geeignet. Es gilt nur einen flüchtigen Exkurs in ein grosses, an weiten Ausblicken, aber trotz vielseitiger Bearbeitung auch noch an ungeklärten Punkten reiches Gebiet. Ein solcher darf weder auf Vollständigkeit noch auf Gründlichkeit Anspruch erheben, am wenigsten inbezug auf Berücksichtigung der umfangreichen in ophthalmologischen und physiologischen Fachschriften verstreuten einschlägigen Literatur. Einige direkt benutzte Quellen sind im folgenden angegeben, andere zitiere ich nach Krienes[1]), dessen orientierende Schrift mir als Wegweiser gute Dienste geleistet hat.

Die gewaltigen Wirkungen des Lichtes auf die gesammte Lebewelt sind allbekannt. Sie erstrecken sich nicht nur auf vegetative Vorgänge, auf Entwickelung, Wachstum und Stoffwechsel, sondern beherrschen auch das psychische Leben. Und wie das gemischte weisse Sonnenlicht, so äussert auch das zerlegte einfarbige seine Wirkungen, die je nach der Farbe quantitativ und qualitativ verschieden sein können. Die Biologie kennt mannigfache spezifische Wirkungen monochromen Lichtes. So ist u. a. bekannt, dass gewisse Stoffwechselprozesse durch Licht von einer bestimmten Wellenlänge am stärksten angeregt werden. Noch allgemeiner und mächtiger aber ist der Einfluss, den Farben auf die Psyche niederer und höherer Lebewesen, besonders auf deren Instinkte, ausüben. Man denke nur an all' die leuchtenden Schmuck- und Lockfarben in Tier- und Pflanzenwelt, deren biologische Bedeutung offenbar in der Reizung instinktiver Triebe begründet ist[2]). Therapeutische Verwertung haben die psychischen Wirkungen farbigen Lichtes in der Psychiatrie gefunden, indem erregte Kranke in blau, deprimierte dagegen in rot erleuchteten Räumen gehalten wurden. Auch die moderne Lichttherapie arbeitet bekanntlich nicht nur mit gemischten, sondern vielfach auch mit monochromen Lichtarten: ich erinnere nur an die Rotlicht-Behandlung der Pocken, an die heutzutage besonders beliebte Blaulicht-Therapie verschiedener neuralgischer und anderer Leiden.

Die Annahme liegt nahe, dass alle Wirkungen des Lichtes, des farblosen wie des farbigen, sich vor allem am lichtperzipierenden Organ, am Auge selbst geltend machen müssten, und dass dieses daher in erster Linie der Licht- und Farbentherapie zugänglich sein sollte. Es hat auch in der Ophthalmologie an Versuchen in dieser Richtung, an wiederholten Ansätzen zu einer Farbenhygiene und Farbentherapie des Auges nicht gefehlt. Neuerdings ist besonders das blaue Licht wegen einiger ihm zugeschriebenen Eigenschaften wieder zu therapeutischen Zwecken empfohlen worden, so u. a. zur Resorption von Netzhautblutungen, zur antibakteriellen Therapie der eitrigen Hornhautgeschwüre u. drgl. m.

Von diesen letzteren therapeutischen Anwendungen farbigen Lichtes dürfen wir in unserer heutigen Betrachtung zunächst absehen, weil sie auf allgemeinen, nicht nur am Auge gesondert zur Geltung kommenden Eigenschaften der betreffenden Lichtarten beruhen. Ebenso wenig ziehen wir die Lichttherapie im Sinne Finsen's, sofern diese am Auge versucht worden ist, in den Kreis unserer Betrachtung, noch auch die Anwendung der Roentgenstrahlen und des Radiums in der Augenheilkunde. Hier interessieren uns vielmehr die in der Funktion des Auges selbst begründeten, mit dem Sehakt als solchem zusammenhängenden, mithin die physiologisch-optischen Wirkungen monochromen Lichtes. Die uns hier beschäftigende Frage soll lauten: was wissen wir über differente physiologische Wirkungen von Lichtern verschiedener Wellenlänge auf das Auge, welche pathologischen Störungen und Schädigungen können sie an ihm hervorrufen und wie lassen sie sich nach unsrer heutigen Kenntnis in hygienischer oder therapeutischer Hinsicht verwerten?

Vergegenwärtigen wir uns zunächst das bekannte Bild des Sonnenspektrums, wie es sich einem Auge mit normalem Farbensinn*) darstellt: das sichtbare, leuchtende „optische" Spektrum (von rot bis violett) umfasst bekanntlich eine Oktave (Strahlen von 342—684 Billionen Schwingungen i. d. Sek.) Jenseits des äussersten Rot liegt das Gebiet der unsichtbaren ultraroten Wärmestrahlen („Wärmespektrum"), jenseits des äussersten Violett das der gleichfalls unsichtbaren, aber chemisch wirksamen ultravioletten Strahlen („chemisches Spektrum"). Diese Scheidung ist insofern keine strenge, als auch den sichtbaren Strahlen sowol Wärme- wie chemische Wirkung zukommt, nur in ungleichem Masse, indem vom roten zum violetten Ende des optischen Spektrums hin die erstere Wirkung ab-, die letztere aber zunimmt. Das Maximum der Wärmewirkung liegt somit im Rot, das der chemischen im Violett. Doch gilt auch dieses nur soweit, als dabei die Einwirkung auf lichtempfindliche photographische Stoffe zum Maasstab genommen wird. Es gibt aber in der Natur auch solche che-

[1]) Krienes. Einfluss des Lichtes auf das Auge in physiolog. u. patholog. Beziehung. (Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Gebiete d. Augenheilk. Bd. II, Heft 2—3. 1897.)

[2]) Ueber Reaktionen gegen verschiedenes farbiges Licht bei niederen und höheren Tieren cfr. Nagel. Farbensinn der Tiere (Vortrag 1901.)

*) Ob und wieweit die nachfolgenden Ausführungen auch für Augen mit abnormem Spektrum, d. h. für partielle oder total Farbenblinde, gelten dürfen, bleibe dahingestellt.

mische Prozesse, die vorwiegend nicht von kurzwelligen Strahlen (blau-violett), sondern von solchen grösserer Wellenlänge (rot-gelb) bewirkt werden. Ein Beispiel dieser Art ist die für den gesammten Haushalt der Natur so hochwichtige Chlorophyll-Bildung, welche am stärksten gerade im gelben Licht vor sich geht. Im allgemeinen sind wir immerhin berechtigt im optischen Spektrum das langwellige Ende (Rot-Orange-Gelb) mit vorwiegender Wärmewirkung dem kurzwelligen (Blau-Violett) mit vorwiegender chemischer Wirksamkeit gegenüberzustellen. Den dazwischen liegenden Strahlen mittlerer Wellenlänge (Grün) sind beide Wirkungen nur in geringem Maasse eigen. Wir sind gewohnt die langwelligen Farben als „warme“, die kurzwelligen als „kalte“ zu bezeichnen. In diesem Sprachgebrauch drückt sich vielleicht unbewusst unsre Empfindung für die stärkere Wärmewirkung des langwelligen Lichtes aus, doch sind dafür wol noch andere psychische Momente massgebend, auf die ich weiter unten bei der „Farbenstimmung“ noch zu sprechen komme.

Bevor wir die differenten Wirkungen verschiedener monochromer Lichtarten auf das Auge insbesondere auf die lichtperzipierende Netzhaut betrachten, rekapitulieren wir kurz, was bisher von solchen des gemischten weissen Lichtes bekannt ist. Von den chemischen und morphologischen Vorgängen, welche sich in der Retina nachweislich unter dem Einfluss der Belichtung abspielen, sind am genauesten beobachtet und am sichersten gedeutet:

1) Die photochemische Bleichung des Sehpurpurs. (Boll-Kühne). Dieser, auch „Sehrot“ genannt, ist ausschliesslich in den Stäbchen der Netzhaut enthalten und wird allgemein als einer der Sehstoffe angesprochen, deren hypothetisch mehrere angenommen werden. Hering's Theorie setzt bekanntlich deren drei voraus, je einen als Substrat der gegensätzlichen Empfindungen: weiss-schwarz, rot-grün und gelb-blau, wobei immer die eine der beiden Empfindungen durch Zersetzung (Dissimilation), die entgegengesetzte durch Neubildung (Assimilation) der betreffenden Sehsubstanz hervorgerufen werden soll. Der Sehpurpur wird gegenwärtig als das Substrat der farblosen hell-dunkel-Empfindung (weiss-schwarz — Substanz Hering's) angesehn (v. Kries). Vom Licht wird der Sehpurpur gleich der lichtempfindlichen Substanz einer photographischen Platte photochemisch zersetzt, was sich in seiner Entfärbung oder Bleichung kundgiebt. Das Sehrot geht dabei zunächst in „Sehgelb“ und weiterhin in „Sehweiss“ über.

2.) Die Vorwanderung des Pigments des retinalen Pigmentepithels. Bei Belichtung der Netzhaut rückt das retinale Pigment zwischen den Elementen der Stäbchen-Zapfenschicht vor, so dass diese in grösserer oder geringerer Ausdehnung davon umhüllt werden. (Innenstellung des Pigments im belichteten, im Gegensatz zu seiner Aussenstellung im Dunkelauge). Gleichzeitig damit wird eine Zusammenziehung und Verkürzung der Stäbchen und Zapfen beobachtet.

Inbezug auf farbiges Licht haben nun experimentelle Untersuchungen übereinstimmend ergeben, dass beide hier erwähnten Vorgänge am stärksten gerade durch kurzwelliges Licht bewirkt werden. So wird das Sehrot durch rotes, gelbes und grünes Licht nur unvollständig (zu Sehgelb), durch Blau und Violett dagegen vollständig (zu Sehweiss) gebleicht, analog auch der stärkeren photographischen Aktivität des kurzwelligen Lichtes. (cfr. Pergens'[3]) Kurven. Nach Else Köttgen und Abelsdorff erfolgt allerdings die Bleichung in gleicher Weise durch Gelb wie durch Blau). Die Pigmentwanderung aber erfolgt fast nur im kurzwelligen, am lebhaftesten im blauen Licht (Angelucci, Boll, Kühne, cit. nach Pergens.) Hieraus dürfen wir schliessen, dass die Netzhaut am stärksten auf kurzwelliges Licht reagiert, gegen dieses am empfindlichsten ist. Tatsächlich liegt auch die Reizschwelle für das kurzwellige Licht tiefer als diejenige für das langwellige (cfr. Magnus[4]) „Farbencharakter“). Diese Tatsache entspricht eigentlich nicht unserem subjektiven Eindruck von den „kalten“ und „warmen“ Farben — ein scheinbarer Widerspruch, auf den weiter unten noch eingegangen werden soll. Bestätigt wird sie aber durch einige Farbenphänomene, so u. a. durch die Beobachtung, dass bei herabgesetzter Beleuchtung, etwa in der Dämmerung, blau auch dann noch farbig gesehn wird, wenn andere Farben, etwa rot oder grün, nicht mehr als solche erkannt werden (z. B. blauer Nachthimmel!).

Gehen wir weiter zu den pathologischen Lichtwirkungen über, zu den durch Licht hervorgerufenen Augenstörungen, den sogen. Blendungskrankheiten. (Insolationen) Dabei interessiert uns besonders die Frage, durch welche farbigen Bestandteile des gemischten (weissen) Lichtes, d. h. durch welche darin enthaltenen Farbenstrahlen diese verursacht werden. Schädigungen durch Lichtwirkung werden beobachtet:

1) An den äusseren Teilen des Auges (Lider, Conjunctiva) und am vorderen Abschnitt des Augapfels, (Cornea, Iris, Corpus ciliare)

Die bekanntesten Krankheitsbilder dieser Gruppe sind: die Schneeblindheit und die elektrische Ophthalmie. Beide sind charakterisiert durch intensive Reizung der Lidhaut, (Erythem) Conjunctivitis, Lichtscheu, Thränenfluss, Blepharospasmus, pericorneale Injection, iritische resp. iridocyclitische Schmerzen. Auch Sehstörungen (Amblyopie, Erythropsie u. a.) kommen dabei vor. Die Schneeblindheit wird bekanntlich bei Hochgebirgstouren, nach längeren Wanderungen über blendende Schneefelder beobachtet, gelegentlich auch als Massenerkrankung bei Schneearbeitern im Gebirge (Reich). Analoge Störungen können auch durch sonnenbeschienenen Meeresspiegel, Wüstensand u. drgl. m. hervorgerufen werden. Die elektrische Ophthalmie kommt nach Einwirkung offenen Bogenlichtes auf ungeschützte Augen (z. B. beim Schweissen von Metallen) zur Beobachtung. Hier wie dort handelt es sich um Insolation, die sich gelegentlich auch an anderen unbedeckten Körperteilen durch entsprechende Hautreizung (Erythema solare) geltend macht. Charakteristisch ist es besonders für diese Störungen, dass sie erst viele Stunden nach der Blendung in Erscheinung treten. Für das Sonnenlicht kann besonders nach Widmark's Versuchen als erwiesen gelten, dass diese und andere Insolationswirkungen weder durch leuchtende noch durch Wärmestrahlen, sondern durch die chemisch wirksamen ultravioletten Strahlen

---

[3]) Pergens. Ueber farbige und farblose Augengläser. Klin Monatsbl. f. Augenh. 1897.

[4]) Magnus. Die Bedeut. d. farbigen Lichtes f. d. gesunde und kranke Auge. 1875.

hervorgerufen werden. Widmark führte diesen Nachweis, indem er das zur experimentellen Blendung benutzte Sonnenlicht durch verschiedene Medien: Wasser, Glas, Alaunlösung, Bergkrystall gehen liess. Wasser absorbiert nämlich vorwiegend die ultraroten, Glas die ultravioletten Alaunlösung beiderlei Strahlen, während dagegen Bergkrystall besonders auch die altravioletten durchgehen lässt. Das vom Schnee reflektierte Sonnenlicht ist reich an kurzwelligen blauen bis ultravioletten Strahlen, und zwar besonders in der dünneren Athmosphäre höherer Regionen, (Cornu), woher denn auch die Schneeblindheit häufig im Hochgebirge, dagegen nur selten auf den blendenden Schneeflächen nordischer Ebenen beobachtet wird. Ebenso ist nachgewiesen, dass die elektrische Ophthalmie durch photochemische Wirkung der im Bogenlicht reichlich enthaltenen ultravioletten Strahlen zustande kommt. (Terrier, Maklakow sen.). Auch die nach andauernder Sonnenblendung bei schlecht genährten Arbeitern auftretende, mit Hemeralopie einhergehende Xerose der Bindehaut wird auf die Wirkung ultravioletten Lichtes bezogen.

2) An der Linse. Wir kennen einige Formen von Linsenstar, deren Entstehung wir mit grösserer oder geringerer Sicherheit auf Lichtwirkungen zurückführen dürfen. Dahin gehören:

a) Die Katarakte der Glasbläser und anderer Feuerarbeiter. In den glühenden Glasmassen sind auch solche Stoffe enthalten, die ultraviolette Strahlen aussenden, doch ist nicht ausgeschlossen, dass die vom Schmelzofen ausgehenden dunklen Wärmestrahlen hierbei gleichfalls in Betracht kommen.

b) Die Blitzkatarakte, die nach Blitzblendung beobachtet wird, soll ebenfalls durch Einwirkung des im Blitz reichlich enthaltenen ultravioletten Lichtes entstehen, (Widmark) doch ist in der kasuistischen und experimentellen Literatur dieser Starform bisher über die aetiologische Bedeutung der verschiedenen beim Blitzschlag in Betracht kommenden physikalischen Faktoren (photochemische, katalytische, thermische, mechanische Wirkungen) keine Einigkeit erzielt. Jedenfalls ist, wie neuerdings Ginsburg[5]) mit Recht hervorhebt die Blendung durch einen vor dem Betroffenen niederfahrenden Blitz von den Wirkungen eines den Körper selbst treffenden Blitzschlages zu unterscheiden, und die Kasuistik dem entsprechend zu sichten. Als nächste Ursache der durch elektrische Schläge erzeugten Linsentrübung haben experimentelle Arbeiten (Hess, Kiribuchi) Schädigung des Linsenkapsel-Epithels nachgewiesen. Dieses dürfte auch bei der Blitzblendung geschädigt werden. Ihr analog sind die nach Unfällen durch Entladung hochgespannter elektrischer Ströme beobachteten Augenstörungen.

Nicht ausgeschlossen ist es übrigens, dass das Licht auch in der Aetiologie der senilen Katarakte eine gewisse Rolle spielt. Dieser mehrfach ausgesprochene Gedanke wird nahegelegt durch das ungleich häufigere Vorkommen des Altersstar's in sonnigen südlichen Ländern im Vergleich zum lichtärmeren Norden. Schon innerhalb der Breiten des europäischen Russlands z. B. macht sich das geltend, indem die Kliniken Südrusslands und ebenso die in den südlichen Gouvernements arbeitenden „fliegenden Kolonnen" weit grössere Zahlen von Staroperationen aufzuweisen haben, als diejenigen Nordrusslands. Noch viel häufiger muss der Altersstar in einigen tropischen Ländern sein. Haben doch in Indien manche Augenärzte Gelegenheit im Laufe eines Tages bis zu 50 und mehr Staroperationen auszuführen! Welcher europäische Operateur hätte jemals auch nur annähernd solche Zahlen erreicht? Gewiss ist die Vermutung, dass das Sonnenlicht hierbei aetiologisch in Betracht kommt, zunächst durch nichts bewiesen und daher mit Vorsicht aufzunehmen. Es ist nicht zu vergessen, dass trotz gründlicher und scharfsinniger Untersuchungen gewiegter Forscher die letzten Ursachen der mit dem Alter eintretenden Linsentrübung noch nicht definitiv klargestellt sind. Neben intraocularen oder im Gesammtorganismus liegenden Störungen scheinen auch noch allgemeine aetiologische Momente dabei mitzuspielen, als: Rasse, Lebensweise, Beschäftigung, Ernährung und drgl. m. Immerhin wäre es aber denkbar, dass eine lebenslang intensiverem Licht ausgesetzte Linse ceteris paribus eher zur Alterstrübung disponiert würde. Nach dem, was wir über die Absorption der ultravioletten Strahlen durch die Linse (s. u.) und über die Entstehung der eben erwähnten Starformen wissen, können wir die Lichtwirkung als ein zur Linsentrübung predisponierendes Moment nicht ausschliessen. In diesem Sinne dürften wir mithin auch die Katarakta senilis vielleicht als Funktionskrankheit ansprechen.

3) An der Netzhaut (und Aderhaut). Die bei Schneeblindheit und elektr. Ophthalmie beobachteten Sehstörungen (s. o.) deuten darauf hin, dass dabei auch die inneren Augenhäute in Mitleidenschaft gezogen werden. Es kommen aber auch isolierte Insolationen dieser letzteren vor, deren Folgen sich bei Abwesenheit äusserer Reizerscheinungen hauptsächlich nur als vorübergehende oder dauernde Sehstörungen kundgeben. Ein bekanntes Beispiel dafür sind die durch Beobachtung von Sonnenfinsternissen mit unzureichend geschütztem Auge verursachten Störungen. Solche werden fast nach jeder Sonnenfinsternis beobachtet. So hat auch nach der Finsternis im August 1887 Magawly in diesem Verein über derartige Fälle berichtet *). Meist handelt, es sich dabei um hochgradige Herabsetzung der Sehschärfe durch ein positives centrales Skotom, gleichsam ein persistierendes negatives Nachbild der Sonne. Das Skotom ist entweder relativ (für einzelne Farben, oder absolut, (auch für weiss), es kann vorübergehend oder aber dauernd sein. Ophthalmoskopisch sieht man dabei mehr oder weniger ausgesprochene chorioretinitische Veränderungen im Bereich der Macula lutea resp. Fovea centralis retinae. Einige Beobachter wollen an dieser Stelle sogar ein Abbild (Optogramm) der teilweise verfinsterten Sonnenscheibe konstatiert haben. Experimentelle Untersuchungen haben ergeben, dass es wiederum die ultravioletten Strahlen sind, welche derartige Schädigungen auch an den inneren Augenhäuten am ehesten hervorzurufen geeignet sind. So gelang es Birch-Hirschfeld[6]) durch Blendung aphakischer Kaninchenaugen mit ultraviolettem Licht charakteristische, wenn auch vorübergehende, mor-

[5]) Ginsburg Katarakte infolge von Blitzschlag (Westnik Oftalmologii 1906. Daselbst die vollständige Kasuistik Reinwald's vom Verf. weitergeführt. Im ganzen 25 Fälle).

*) Sitzung v. 19. Okt. 1887. St. Ptsbger med. Woehenschr. 1888 pg. 390.

[6]) Birch-Hirschfeld. Die Wirkungen d. ultravioletten Strahlen a. d. Netzhaut. (Ophthalmol. Gesellsch. Heidelberg. 1903).

(Die Aphakie war hierbei wichtig, wegen der sonst stattfindenden Absorption des ultravioletten Lichts durch die Linse).

phologische Veränderungen an den Nervenzellen der Retina hervorzurufen. Danach hätten wir es auch hier mit photochemischer Verbrennung zu tun. Doch ist zu bedenken, dass im normalen linsenhaltigen Auge ein grosser Teil der ultravioletten Strahlen absorbiert wird. Die Verbrennung könnte daher bei jenen Sonnenblendungen wohl auch durch leuchtende Strahlen verursacht sein (Czerny, Deutschmann). *)

Von den rein funktionellen Blendungszuständen (Adaptationsstörungen) soll weiter unten die Rede sein.

Gegen Schädigung und Gefahr reagiert die Natur überall mit Anpassung und Schutz. Wenn es nun richtig ist, dass es vorwiegend das kurzwellige, besonders das ultraviolette Licht ist, welches die Blendungsgefahr bedingt, so dürfen wir auch erwarten, dass das dem Sonnenlicht angepasste Auge gegen solche Strahlen besonders geschützt sei. In der Tat sehen wir neben mancherlei Einrichtungen, die das Auge gegen Blendung im allgemeinen schützen, (Beschattung durch Brauen und Wimpern, Verengerung der Pupille auf Lichteinfall, Pigmentierung der Iris und Chorioidea, — besonders im brünetten Auge, — sowie des retinalen Pigmentepithels) — auch noch solche, die zum Schutz gerade gegen kurzwelliges (blaues bis ultraviolettes) Licht besonders geeignet sind. Solche Schutzmittel sind:

1) Die schon wiederholt erwähnte Fähigkeit der brechenden Medien, besonders der Linse, ultraviolette Strahlen zu absorbieren (Widmark, Hertel [7]), Birch-Hirschfeld).

2) Die Fluorescenz der brechenden Medien (Die unsichtbaren ultravioletten Strahlen werden dabei in sichtbare, d. h. solche von grösserer Wellenlänge umgesetzt). Aus diesen beiden Ursachen reicht das Spektrum Staroperierter weiter nach dem violetten Ende hinaus. (Widmark, Birch-Hirschfeld).

3) Die gelbe Farbe der Linse (resp. des Linsenkerns). Ihr Fortfall bedingt das anfängliche Blausehen (Kyanopsie) der Staroperierten.

4) Die Gelbfärbung des Netzhautcentrums (Macula lutea!) Sie macht diese empfindlichste Stelle der Netzhaut relativ blaublind. Im homogenen blauen Licht gelingt es die Macula lutea des eigenen Auges als dunklen Fleck (Skotom) entoptisch zur Wahrnehmung zu bringen. (Helmholtz cit. nach Magnus).

Als Schutzvorrichtung gegen kurzwelliges Licht sind wohl auch die in den Netzhaut-Zapfen vieler Wirbeltiere (Vögel, Amphibien) enthaltenen farbigen Oelkügelchen anzusehen. Diese sind stets rot oder gelb, solche von blauer Farbe sollen dagegen niemals vorkommen.

Alle diese gerade gegen kurzwelliges Licht gerichteten Schutzvorrichtungen deuten gleichfalls darauf hin, dass dieses dem Auge eher schädlich werden kann als langwelliges. Wie bereits angedeutet, entspricht das im allgemeinen nicht dem subjektiven Eindruck, den wir von den kurz resp. langwelligen Farben empfangen. Danach wären wir eher geneigt den langwelligen (rot-orange-gelb) den stärkeren Reiz auf unser Auge zuzuschreiben. Woher nun dieser Widerspruch zwischen objektivem Verhalten und subjektiver Empfindung?

Zwei Momente könnten es sein, die unser Urteil über die Reizwirkung der verschiedenen Farben in dieser Richtung beeinflussen:

1) die langwelligen Farben sind greller, sie haben einen grösseren Helligkeitswert vermöge grösserer Schwingungs-Amplitude.

Das Maximum der Helligkeit liegt im Gelb (zum Orange hin). Ausschlaggebend für den subjektiven Eindruck wird hier die Reizgrösse, nicht die Reizschwelle, die, wie wir sehen für die kurzwelligen Farben tiefer liegt. („Qualität" des farbigen Lichts „Farbencharakter". Magnus).

2) die langwelligen Farben sind blendender vermöge grösserer „motorischer Valenz" (s. u.).

Dieser Satz erfordert zu seiner Begründung ein näheres Eingehen auf Begriff und Wesen der „Blendung".

Strenger, als es bisher geschieht, wären zu unterscheiden:

a) die eigentliche Blendung sensu strictiori. Diese wird ausschliesslich als Sehstörung empfunden und beruht nach unsrer heutigen Auffassung vom Sehakt auf einer Störung des Gleichgewichts zwischen Verbrauch (Dissimilation) und Ersatz (Assimilation) der Sehstoffe. Sie ist mithin eine Adaptationsstörung. Der Effekt ist derselbe, ob der Verbrauch der Sehstoffe ein zu intensiver und plötzlicher, oder aber ihr Ersatz ein zu schwacher und langsamer ist. Der erstere Fall liegt vor bei der Tagblindheit (Nyktalopie), bei plötzlicher starker Belichtung des dunkel adaptierten Auges, der letztere bei der Nachtblindheit (Hemeralopie). Dort erreicht das Auge seine obere „Hell-Adaptionsgrenze" (Krienes) infolge Verbrauchs der Sehstoffe, hier ist seine „untere Reizschwelle" erhöht, infolge ihres ungenügenden Ersatzes (Torpor retinae). Die Nyktalopie tritt ein bei zu starker, die Hemeralopie macht sich bemerkbar bei ungenügender Beleuchtung. Beide Zustände beruhen auf gestörter Adaptation, auf Blendung. Unter gleichen Beleuchtungsverhältnissen wird ein dazu disponiertes Auge eher geblendet werden. Die Disposition aber wird gegeben durch Bedingungen, die sowol im Auge selbst, (mangelnder Blendungsschutz bei Pigmentmangel weiter Pupille etc.) als auch im Gesammtorganismus liegen können (Unterernährung, atonische Zustände.) Unter solchen Umständen können schon solche Lichtintensitäten die unter normalen Verhältnissen durch Adaptation überwunden werden, genügen um Niktalopie resp. Hemeralopie hervorzurufen. Die hier besprochene Blendung hat als Adaptationsstörung ihren Sitz in der Netzhaut. Im Hinblick auf das folgende ist uns wichtig, dass diese retinale Blendung durch Mydriasis gesteigert wird!

b) Der Blendungsschmerz. Lichtschmerz, schmerzhafte Blendung, sogen. („Kitscheu"). Dieser ist bekanntlich eine regelmässige Begleiterscheinung vieler den vorderen Abschnitt des Auges betreffender Reizzustände (bei Conjunctivitis, Keratitis Iritis, etc.), ganz besonders aber der phlyktaenulären (ekzematösen) Keratitis skrophulöser Kinder. Hier verbindet er sich mit andauerndem krampfhaftem Lidschluss (Blepharospasmus). Die täglich zu beobachtende, an sich paradoxe Tatsache, dass diese höchstgradige schmerzhafte Lichtscheu gerade durch Mydriatica günstig beeinflusst wird, dass sie erst nachlässt, sobald eine kräftige Mydriasis erreicht ist, wurde auffallender Weise bis vor kurzem von den Augenärzten hingenommen, ohne dass nach ihrem Zusammenhang gefragt worden wäre. Nagel [8]) gebührt das Verdienst diese Frage aufgeworfen zu haben. Angeregt

*) cfr. Herzog in der Diskussion über B. — H's Vortrag: Erzeugung von Verbrennungsherden in der Netzhaut auch durch leuchtende Strahlen. (Wärmewirkung)

[7]) Hertel. Experimentelles über ultraviolettes Licht (Ophth. Gesell. Heidelberg 1903).

[8]) Nagel. Ueber den Ort der Auslösung des Blendungsschmerzes (Klin. Monatsbl f.. Augenh. 1902).

durch Frey (1894. cit. nach Nagel) konstatierte er durch Versuche an seinen eigenen Augen die Existenz eines „physiologischen" Blendungsschmerzes bei plötzlichem Lichteinfall. Der Schmerz blieb aus, wenn die Pupille durch Atropin erweitert war, obgleich doch dabei noch mehr Licht ins Auge fiel! Daraus schloss Nagel, dass der Blendungsschmerz seine Ursache in der heftigen Lichtreaktion der Pupille, in der plötzlichen Kontraktion des Sphinkter pupillae, mithin seinen Sitz in der Iris habe. Damit war auch der pathologische Blendungsschmerz und seine günstige Beeinflussung durch Mydriatica erklärt. Der einmal ausgesprochene Gedanke war zu einleuchtend, um nicht acceptiert zu werden. In der kurzen an seine erste Mitteilung sich schliessenden Kontroverse hat Nagel, wie mir scheint, in der Hauptsache durchaus Recht behalten. Roemer's[9]) Einwand, dass der Blendungsschmerz ausbleibe, wenn die Pupille vorher durch Eserin verengert wird, ist nicht stichhaltig und kann eher für als gegen Nagel's Ansicht geltend gemacht werden, weil am eserinisierten Auge infolge der Miosis der Ausschlag der Pupillenreaktion ein geringerer sein muss. Durchaus anschliessen möchte ich mich den Ausführungen Axenfeld's[10]) besonders was die krampfhafte Kontraktion des Sphinkter iridis, die Wirkung der Mydriatica, den Blendungsschutz und die sonstige Therapie des Blepharospasmus anlangt. Im übrigen scheint mir in der ganzen Diskussion bei Berufung auf den „physiologischen" Blendungsschmerz die unter pathologischen Verhältnissen, so auch beim Blepharospasmus phlyktaenulosus regelmässig vorhandene Hyperaemie der vorderen Ciliargefässe (tiefe pericorneale Injektion!) und damit auch der Irisgefässe zu wenig beachtet. Eine hyperaemische Iris ist eben schmerzhafter als eine normale. Das lehrt die Erfahrung bei Iridektomien. Das Mydriatikum ist hier indiziert, weil es das hyperaemische und bei Bewegung schmerzhafte Organ immobilisiert und zugleich blutleer macht. Ersteres lässt sich allerdings auch durch ein Mioticum erreichen, letzteres aber nicht. Ich habe mich hierbei länger aufgehalten, weil es mir darauf ankam den „Blendungsschmerz" von der eigentlichen retinalen Blendung zu scheiden. Im Gegensatz zu dieser können wir ihn als „Irisblendung" bezeichnen. Zum Unterschiede von ihr wird er durch Mydriatica nicht gesteigert, sondern aufgehoben[11])

Welchen Einfluss übt nun auf Blendung und Blendungsschmerz die Farbe des Lichts? Wir wissen, dass die kurzwelligen Farben den Sehpurpur am stärksten angreifen, und dürfen annehmen, dass sie sich gegen die übrigen bisher unbekannten Sehstoffe nicht anders verhalten. Infolge ihrer intensiveren Wirkung auf die Netzhaut, ihrer grösseren photochemischen Valenz, werden sie auch eher Adaptationsstörungen, d. h. retinale Blendung hervorrufen. Umgekehrt liegen die Verhältnisse bei der Irisblendung. Die Wirkung auf die Pupille ist nämlich im langwelligen Teil des Spektrums stärker als im kurzwelligen. Ihr Maximum fällt im normalen Spektrum mit dem der Helligkeit im Gelb (zum orange hin) zusammen. Im Spektrum Farbenblinder liegen die Dinge anders. (Abelsdorff cit. nach Nagel.) Die Pupille des normal farbensichtigen Auges reagiert lebhafter auf rotes oder gelbes, als auf grünes oder blaues Licht. (Sachs, cit. nach Krienes und Nagel.) Die langwelligen Farben haben eine grössere „motorische Valenz." (Sachs.)*)

Durch diese prävalierenden Eigenschaften: ihren Helligkeitswert und ihre motorische Valenz dürften die langwelligen Farben im Vergleich mit den kurzwelligen den subjektiven Eindruck eines stärkeren Reizes für das Auge hervorrufen. Die Empfindung, die uns beim Anblick jener Farben gelegentlich zu Ausdrücken veranlasst, wie: „brennendes" Rot oder „stechendes" Gelb, welches „den Augen weh tut", könnte vielleicht eine Andeutung von Blendungsschmerz sein, mithin auf Irisblendung beruhen. Dagegen scheinen wir die retinale Blendung durch kurzwellige Farben meist nicht als solche zu empfinden. Doch können diese subjektiven Empfindungen auch bei normalem Farbensinn individuell verschieden sein. So giebt z. B. Magnus an, dass er gerade beim Anblick von Blau und Violett eine unangenehme an Blendung erinnernde Empfindung habe. Ich glaube nicht, dass Viele so empfinden. Für meine Augen kenne ich keinen wohltuenderen Farbeneindruck als den eines tiefen gesättigten Blau.

Ebenso individuell wie der unmittelbare subjektive Eindruck der verschiedenen Farben ist gewiss auch ihre mittelbare Einwirkung auf die Psyche, d. h. die „Stimmung", die sie in uns hervorrufen. Aus gewissen innerhalb der Grenzen normaler Farbenempfindung gelegenen Abweichungen, aus individueller Vorliebe oder Abneigung gegenüber bestimmten Farben erklären sich manche Verschiedenheiten des Geschmacks. Bei einigen für Farbenstimmung besonders empfänglichen Individuen kann sogar die Vorliebe bis zur Leidenschaft, die Abneigung bis zum Widerwillen gesteigert sein. Immerhin werden wohl die meisten darin übereinstimmen, dass die langwelligen Farben (Rot, Orange, Gelb) erregend, — die kurzwelligen (Grün, Blau, Violett) dagegen beschwichtigend wirken. Jene scheinen uns lebhafte Freude, diese sanfte Ruhe, ja Wehmut auszudrücken und lösen bei gesteigerter Empfänglichkeit die entsprechende Stimmung in uns aus. In diesem Sinne sprechen wir auch von „warmen" und „kalten" Farben (s. o.). Bei Magnus finden wir einige Zitate aus Goethe's Schriften, welche besonders die warme Stimmung des gelben und die kalte des blauen Lichts sehr schön zum Ausdruck bringen. Was die Farbenstimmung für die Malerei bedeutet, darauf kann, so lockend es wäre, hier nicht eingegangen werden. Wir würden uns damit in das Gebiet der Farbenaesthetik verirren, welches ausserhalb unseres Themas liegt.

---

9) Roemer. Zur Frage des Blendungsschmerzes (Zeitschr. f. Augenheilk.. 1902.)

10) Axenfeld. Blepharospasmus phlyctaenulosus und Mydriatica (Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1903)

11) Anmerkung. Der physiologische Blendungsschmerz gewinnt vielleicht an Bedeutung, wenn wir ihn als Warnungsschmerz auffassen. Er zwingt uns die Augen unwillkürlich von solchen Lichtintensitäten abzuwenden, denen wir sie sonst, durch keine Schmerzempfindung gewarnt, unbehelligt aber nicht unbeschadet, aussetzen könnten.

11) Anmerkung. Dieses Verhalten der Pupille gegen verschiedene Lichtarten scheint mir klinisch zu wenig beachtet. Bei gelegentlicher Verwendung verschiedener Lichtquellen zur Untersuchung habe ich wiederholt die Beobachtung machen können, dass dieselbe Pupille z. B. bei Petroleumlicht eine lebhaftere Reaktion gab, als bei elektrischem Glühlicht von nahezu gleicher Lichtstärke. (Das Petroleumlicht ist reicher an langwelligen Strahlen als das elektrische). Besonders ist mir das an solchen Pupillen aufgefallen, deren Reaktionsfähigkeit etwas herabgesetzt war, so z. B. bei beginnender Reflexstarre. Dieser Einfluss der Qualität der benutzten Lichtquelle auf den Ausschlag der Pupillenreaktion scheint mir praktisch wichtig, weil er unbeachtet gerade da zu einer Fehlerquelle werden kann, wo auf die Beurteilung des Pupillenreflexes für Diagnose und Prognose besonders viel ankommt.

Wenden wir uns jetzt der praktischen Seite der hier erörterten Fragen zu. Was ergiebt sich aus der bisherigen teoretischen Betrachtung für die Therapie und Hygiene des Auges? Ueber den hygienischen und therapeutischen Wert der verschiedenen monochromen Lichtarten haben die Ansichten der Augenärzte nach dem jeweiligen Stande des optisch-physiologischen Wissens gewechselt. Neben diesem hat bei Bewertung der einen oder andern Farbe oft auch das subjektive Empfinden des Autors eine merkliche Rolle gespielt.

Der erste Versuch einer einheitlich durchgeführten Farbenhygiene und Farbentherapie wurde in den 60-er Jahren von Boehm[11]) unternommen. Dieser empfiehlt allgemein das Blau als diejenige Farbe „in der sich offenbar der geringste Reizzustand deutlich ausdrückt". Es wird ihm fast zur Panacee bei den verschiedensten Augenstörungen. Nach Boehm ist das blaue Licht „schonender", „wahrnehmbarer", „dauergebender", „es erhöht die Unterscheidungskraft und giebt Deutlichkeit", „es giebt die Ferne", „es giebt die Nähe" u. s. f. Das Buch, welches so die Wirkung des blauen Lichts preist, ist für den heutigen Ophthalmologen schwer lesbar, weil es aus einer Zeit stammt, in der die von Donders und Helmholtz neubegründete Lehre von der Refraktion und Akkomodation noch nicht Gemeingut der Augenärzte war. Dennoch lassen sich in den minutiösen Schilderungen der subjektiven Symptome, deren Bedeutung Verfasser mit Recht hervorhebt, sehr wohl die heute als „Asthenopie", „Presbyopie" etc. bezeichneten Zustände wiedererkennen.

In den 70-er Jahren erschien Magnus' vorerwähnte, denselben Gegenstand behandelnde Monographie. Ihm war bereits die stärkere Empfindlichkeit des Auges gegen kurzwelliges Licht, welche sich in der niedrigeren Reizschwelle ausspricht, bekannt. Als Schutzmittel empfiehlt er es nur bei isolierten Erkrankungen der Macula, wegen der Gelbfärbung und dadurch bedingten relativen Blaublindheit dieser Netzhautstelle (s. o). Sonst giebt er dem Grau, wegen gleichmässiger Abschwächung aller Spektralfarben, vor jedem monochromen Licht den Vorzug. Auf seine Empfehlung des langwelligen Lichts als Reizmittel z. B. bei atonischen Sehstörungen und ihre Begründung, kommen wir noch zurück. Magnus steht übrigens zu jener Zeit noch auf dem Standpunkt einer rein mechanischen Erklärung der Lichtwirkung und will die Bedeutung der chemischen Prozesse für den Sehakt noch nicht anerkennen.

Auch Mauthner sieht (1876), in den grelleren Farben den stärkeren Reiz.

Cohn[12]) empfiehlt in seinem klassischen Lehrbuch (1892) das erfahrungsgemäss als wohltuend empfundene Blau, erkennt aber auch das Grau als gleichwertig an.

Fick[13]), der (1899) besonders die Blendungskrankheiten und den Einfluss der ultravioletten Strahlen auf deren Zustandekommen ausführlich behandelt, berührt die Frage der Farbenhygiene nur kurz. Er spricht sich für Grau und gegen jedes monochrome, die Netzhaut einseitig erregende Licht aus.

Bis heute ist eine Einigung über den hygienischen resp. therapeutischen Wert der verschiedenen Farben nicht erzielt.

Dennoch wollen wir versuchen auf Grund unserer heutigen Kenntnis von den physiol.-optischen Wirkungen monochromer Lichter einige Indikationen für die eine oder andere Lichtart festzustellen. Nur ausnahmsweise werden wir in der Lage sein zu hygienischen oder therapeutischen Zwecken über eigensfarbig erleuchtete Räume zu verfügen, dauernder Aufenthalt in solche wäre auch nur selten durchführbar. Meist werden wir uns daher mit der Verordnung entsprechend gefärbter Brillengläser behelfen müssen. Die verschiedenen gebräuchlichen farbigen Gläser sind in letzter Zeit wiederholt spektrometrisch und photographisch geprüft worden. (Dolganow und Klimowitsch[14]) Poljansky[15]) u. a) Aus ihrer Durchlassfähigkeit resp. ihrem Absorptionsvermögen für bestimmte Strahlengattungen ergeben sich die Indikationen:

1) rote, orange und gelbe Gläser lassen die langwelligen (inklus. ultraroten). Strahlen durchtreten und absorbieren die kurzwelligen (inklus. ultravioletten), daher sind sie indiziert und auch im Gebrauch zum Schutz gegen das an chemischen Strahlen besonders reiche Schneelicht und elekt. Bogenlicht, zur Verhütung der Schneeblindheit und elekt. Ophthalmie (Terrier, Maklakow sen., Javal). Sie sind ferner überall dort zu empfehlen, wo die Sehstoffe durch das chemisch wirksame kurzwellige Licht eine zu starke Dissimilation erleiden, bei gleichzeitig mangelhafter Assimilation, also bei gestörter Adaptation, bei atonischen Zuständen (Hemeralopie). Magnus will bei solchen Zuständen das langwellige Licht wegen seiner grösseren Schwingungsamplitude, und daher stärkeren lebendigen Kraft als Reizmittel angewendet wissen. Auch nach unseren heutigen teoretischen Vorstellungen ist hierbei rotes, resp. orange oder gelbes Licht indiziert, nur kann Magnus' Argumentation nicht zu recht bestehen. Das langwellige Licht wirkt nicht durch stärkere Reizung der Netzhaut, sondern dadurch, dass es die kurzwelligen Strahlen ausschliesst und so eine stärkere Dissimilation der ungenügend assimilierten Sehstoffe verhütet. Es ist also in solchem Falle nicht Reiz—sondern Schutzmittel (Krienes).

Eine besondere Indikation finden gelbe Gläser bei Aphakie, weil das linsenlose Auge des natürlichen durch die Linse gebotenen Schutzes gegen ultraviolette Strahlen beraubt ist. Die schon erwähnte Kyanopsie der Staroperierten sowie die Verlängerung ihres Spektrums nach dem violetten Ende hin beruhen eben hierauf. Die Einführung gelber Starbrillen in die Praxis wäre daher durchaus rationell und erwünscht. Bei dieser Gelegenheit sei übrigens vor der Verwendung von Bergkrystall zu Starbrillen gewarnt, weil dieser bekanntlich im Vergleich auch mit ungefärbtem Glas, gerade für ultraviolette Strahlen in hohem Grade durchgängig ist! Gelbe Gläser sind auch zu Schutzbrillen gegen gewöhnliches Sonnenlicht geeignet, werden aber als solche wenig benutzt. Dagegen wird vielfach angegeben, dass sie die Sehschärfe verbessern, weshalb sie auch als Schiessbrillen im Gebrauch sind. Allerdings machen sie den Eindruck, als liessen sie die Konturen entfernter Gegenstände schärfer hervortreten, doch ist die Deutung dieser Erscheinung noch strittig und eine messbare Zunahme der eigentlichen Sehschärfe bis-

---

[11]) Boehm. Die Therapie des Auges mittels des farbigen Lichts. Berlin 1862.

[12]) Cohn. Lehrbuch der Hygiene des Auges. 1892.

[13]) Fick. Gesundheitspflege des Auges. Graefe-Saemisch Handb. d. ges. Augenh. 2. Aufl. 1899.

[14]) Dolganow und Klimowitsch. Ueber Eigenschaften und Verwendung gelber und gelbgrüner Gläser. St. Ptsbg. Ophth. Ges. 1900. Westnik oftalmol. 1901. russ.

[15]) Poljansky. Ueber vergleichende Untersuchungen einiger physikal. Eigenschaften rauchgrauer und blauer Gläser (ibid.) russ.

her nicht nachgewiesen. Bei unsrer mandschurischen Armee sind gelbe Schutz- und Schiessbrillen in grossem Maasstabe zur Verwendung gekommen, doch ist mir nicht bekannt wie sie sich bewährt haben.

2) Blaue (resp violette) Gläser lassen die kurzwelligen (inklus. ultravioletten) Strahlen durchtreten und absorbieren die langwelligen (wenn auch nicht ganz gleichmässig und vollständig). So lassen die gebräuchlichen kobaltblauen Gläser auch einen Teil der dunkelroten Strahlen durch, woher sie in dickerer Schicht eine Beimischung von Purpur erkennen lassen. Auch die ultraroten Wärmestrahlen werden von ihnen weniger vollständig absorbiert, als etwa von grauen. Bekanntlich erfreuen sich gerade blaue Schutzbrillen seit lange besonderer Beliebtheit und Verbreitung. Sie verdanken diese wohl hauptsächlich dem subjektiv wohltuenden Eindruck, den das Blau, als „kalte“ Farbe auf die meisten Augen zu machen scheint. Wir wissen, dass dieser Eindruck des geringeren Reizes ein trügerischer ist, soweit die Erregung der Netzhaut in Betracht kommt. Wo diese geschont, wo retinale Blendung verhütet werden soll, sind ja, wie eben gesagt, gerade langwellige Farben, also rote und gelbe Gläser indiziert. Kontraindiziert sind blaue daher auch bei Aphakie! Dagegen ist es richtig, dass bei Reizzuständen im vorderen Abschnitt des Auges bei allen mit Blendungsschmerz (Irisblendung) einhergehenden Augenleiden das blaue Glas, wie überhaupt das kurzwellige Licht, wegen seiner geringeren motorischen Valenz den geringsten Reiz ausüben und beruhigend auf das Auge wirken muss. In solchen Fällen ist also der Vorzug, der den blauen Schutzbrillen gegeben wird, tatsächlich begründet*). Es wurde bereits erwähnt, dass Magnus blaue Gläser als Schutz besonders bei isolierten Affektionen der Macula lutea empfohlen hat. Diese spezielle Indikation ist jedoch antechtbar, da gerade die erkrankte Macula oft genug ihres gelben Farbstoffs und damit des normalen Schutzes gegen kurzwelliges Licht beraubt sein dürfte.

Eine Nebenwirkung blauer Gläser besteht in einer geringen Erhöhung der Refraktion infolge stärkerer Brechung der kurzwelligen Strahlen (chromatische Aberration des Auges). Sie können dadurch analog einem ganz schwachen Konvexglas wirken, was beim Sehen in die Ferne störend, beim Nahesehen aber angenehm empfunden werden kann. Hierauf beruht vielleicht die Vorliebe mancher Hyperopen und Presbyopen gerade für blaue (Konvex) Arbeitsbrillen.

3) Grüne Gläser. Wegen mittlerer Wellenlänge der von ihnen durchgelassenen und Absorption der extrem lang- wie kurzwelligen Strahlen sind sie im allgemeinen zu Schutzgläsern geeignet (Javal), ohne dass sich zur Zeit spezielle Indikationen für sie finden liessen. Grüne Schutzbrillen sind trotzdem bei uns wenig in Gebrauch, vielleicht weil sie vielen hässlich scheinen. Dagegen sollen sie in einigen sonnigen Ländern z. B. Südamerikas verbreitet sein.

Von grüngelben Gläsern gilt das von den gelben gesagte (s. o.).

4) Graue Gläser genügen am besten der allgemeinen Indikation des Schutzes gegen zu starkes (gemischtes) Licht, weil sie das ganze Spektrum ziemlich gleichmässig dämpfen. Wo keine speziellen Indikationen vorliegen, verdienen sie daher den Vorzug vor allen monochromen Schutzbrillen. Die gebräuchlichsten rauchgrauen Gläser sind allerdings nicht streng neutral-grau, indem sie auch etwas rot und besonders gelb durchlassen. Die Beimischung von gelb kann aber nach obigen Ausführungen für die Netzhaut nur günstig sein. Den allerbesten Blendungsschutz müssen nach unsrer heutigen Auffassung gerade graugelbe Gläser (Fienzal) bieten. Die unter den Chinesen in der Mandschurei verbreiteten Schutzbrillen aus Rauchtopas haben gerade diese Farbe und müssen daher als durchaus rationell anerkannt werden.

Bei allen farbigen Gläsern macht sich bis heute der Mangel einer einheitlichen Abstufung und Nummerierung der Nüancen sehr fühlbar. Die von verschiedenen Fabriken gelieferten Gläser zeigen oft bei gleicher Nummer grosse Verschiedenheiten in der Nuance. Ein weiterer Uebelstand besteht ferner darin, dass die Intensität der Färbung mit der Dicke des Glases zunimmt, so dass z. B. bei Konvexgläsern das Zentrum, bei Konkavgläsern aber die Peripherie am intensivsten gefärbt erscheint.

Dieses hat auch zur Herstellung sogenannter „orthochromatischer“, „isochromatischer“, oder „isochromer“ Gläser geführt, bei denen durch verschiedene Verfahren eine planparallele farbige Schicht auf das farblose Konvex- oder Konkavglas aufgetragen wird. Neuerdings sind solche Gläser von Oppenheimer[16]) wieder in Vorschlag gebracht worden.

Es erübrigt noch einiges über den farbenhygienischen Wert unsrer gebräuchlichsten Lichtquellen zu sagen. Der Farbengehalt verschiedener künstlicher Lichter ist durch spektroskopische und spektrophotographische Untersuchungen genau festgestellt.

Nach Meyer (cit. nach Cohn und Staerkle[17]) kommen auf 1 Teil Gelb

	Rot.	Grün.	Blau.	Violett.
im elektrischen Licht (leider nicht gesagt, ob Bogen- oder Glühlicht).	2,0	1,0	0,8	1,0
im Petroleumlicht .	3,0	0,6	0,2	0,1
im Gaslicht	4,0	0,4	0,2	0,1

Gegen Tageslicht erscheint bekanntlich Petroleum- und Gaslicht rötlich gelb, elektr. Glühlicht gelblich, Auer-Gaslicht grünlich, elektr. Bogenlicht bläulich.

Nach Staerkle lassen sich die künstlichen Lichtarten nach ihrem Gehalt an kurzwelligen Strahlen (nach der Ausdehnung ihres photographisch wirksamen Spektrums) in folgende aufsteigende Reihe bringen: Petroleum, Gas, elektr. Glühlicht, Auer-Gasglühlicht, Azetylen,—er ist somit am geringsten im Petroleum,—am grössten im Azetylenlicht. Leider fehlt in dieser Reihe das elektr. Bogenlicht.

Ein direkter Vergleich mit dem Tageslicht ist nicht ohne weiteres möglich, weil der Gehalt an kurzwelligen Strahlen im direkten Sonnenlicht nicht der gleiche ist, wie etwa in dem von weissen Wolken reflektierten oder vom unbewölkten blauen Himmel ausgehenden Licht. (Else Koettgen, cit. nach Staerkle).

Wir sind nun berechtigt für die Schädlichkeit eines bestimmten Lichtes gerade seinen Gehalt an kurzwelligen Strahlen zum Maasstab zu nehmen. Daher werden wir vom farbenhygienischen Gesichts-

*) Anmerkung. Vergleichende Versuche über das Verhalten des Blepharospasmus phlyctaenulosus bei längerem Aufenthalt in gelb resp. blau erleuchteten Räumen wären in grösserem Maasstabe besonders an skrophulösen Kindern anzustellen.

[16]) Eine neue Brillenglässerart. Isochromgläser. (Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1904, dazu historische Notiz von Pergens ibidem 1905).

[17]) Staerkle. Ueber die Schädlichkeit moderner Lichtquellen auf das Auge und deren Verhütung (Arch. f. Augenh. 1904).

punkt aus das Azetylenlicht, das elekt. Bogenlicht besonders als Arbeitsbeleuchtung, vielleicht auch das Auerlicht verwerfen müssen. Was aber das elektr. Glühlicht anlangt, über dessen angeblich schädliche Wirkungen auf die Augen wir soviel klagen hören, so dürften diese weniger durch seine Zusammensetzung, als vielmehr durch den Gebrauch zu starker Glühlampen hervorgerufen sein. In dieser Hinsicht wird vielfach Missbrauch getrieben. Wir dürfen nicht vergessen, dass das normale Auge gegen ein Zuviel an kurzwelligem (spez. ultraviolettem) Licht in ausgiebiger Weise geschützt ist und können daher annehmen, dass es bei vernünftigem Maasshalten in der Intensität der verwendeten Lichtquellen auch ein an solchen Strahlen relativ reicheres Licht ohne Schaden ertagen wird. Wir brauchen darum noch nicht auf all' die grossen Vorzüge zu verzichten, die das elektr. Glühlicht vor den meisten anderen künstlichen Lichtern bietet. Wer aber auch ein mässiges elektr. Glühlicht schlecht verträgt, wird sich mit Vorteil gelber Gläser bedienen können.

Es ist Aufgabe der Technik mittels geeigneter Vorrichtungen die hygienisch weniger günstig zusammengesetzten künstlichen Lichter durch Verminderung ihres Gehaltes an kurzwelligen Strahlen zu verbessern. Dieses kann am einfachsten durch Verwendung entsprechender Glashüllen geschehn. Als Material kämen dabei in Betracht.

1) dickeres klares Glas. Die Absorptionsfähigkeit auch des farblosen klaren Glases für ultraviolette Strahlen nimmt entsprechend der Dicke der Glasschicht zu. Auch auf die chemische Zusammensetzung der Glassorte kommt es dabei an.

2) mattes Glas. Dieses ist bekanntlich bei den elektr. Glühlampen (Nimen) allgemein in Gebrauch, absorbiert aber 25% der gesammten Lichtstärke.

3) farbiges Glas. Am günstigsten wären gelbe oder auch grüne Hüllen, bei denen das photographisch wirksame chemische Spektrum fast ganz verschwindet. Staerkle empfiehlt besonders graugelbe (Fienzel-Gläser). Nur haben alle farbigen Hüllen den Nachteil, dass durch sie viel von der gesammten Lichtstärke verloren geht, und zwar bei: Rot 50%, Grün, 65%!, Gelb 72% (Graugelb allerdings nur 31%), Blau 75%.

Die Schwierigkeiten, die sich der Glastechnik bei der Lösung dieser farbenhygienischen Aufgaben entgegenstellen, finden bei Staerkle eingehende Berücksichtigung.

M. H.! Vorstehender Exkurs in das Gebiet der physiologischen und pathologischen Wirkungen monochromer Lichtarten auf das Auge hat uns mit einigen physiol. optischen Tatsachen bekannt gemacht, die sich sehr wohl hygienisch und therapeutisch verwerten lassen. Wir haben zugleich gesehen, wie die Anschauungen über den Wert verschiedener Farben für das Auge zu verschiedenen Zeiten gewechselt haben, wie wenig einheitlich sie bis heute noch sind. Daraus können wir lernen, dass es auch hier, wie überall in Therapie und Hygiene, darauf ankommen wird, nicht schematisch vorzugehn, sondern zu individualisieren. Einige Normen, einige feste Anhaltspunkte haben wir immerhin gewinnen können. Unter mancherlei Schutt haben wir auch brauchbare Bausteine gefunden. Wir können gewiss sein, dass es Physiologen und Ophthalmologen in gemeinsamer Arbeit gelingen wird, deren immer mehr zu liefern und so ein sicheres Fundament zu schaffen für den dereinstigen Ausbau einer rationellen Farbenhygiene und Farbentherapie des Auges.

Zur Therapie des «Circulus Vitiosus» nach Gastroenterostomie.

von

Dr. med. Woldemar Fick.

Trotz zahlreicher Modifikationen der ursprünglichen von Wölfler angegebenen Gastroenterostomie ist es bisher nicht gelungen ein Verfahren zu finden, das mit Sicherheit eine fehlerhafte Funktion der Magendarmfistel vermeiden könnte. Die grossen Fortschritte. die in dieser Hinsicht durch Einführung der Enteroanastomose sowie durch die Roux'sche Methode der Gastroenterostomie erzielt worden sind, sollen durchaus nicht geleugnet werden. Auch einigen anderen Modifikationen des ursprünglichen Operationsverfahrens, deren Zahl eine sehr grosse ist, soll der Wert nicht abgesprochen werden. Immerhin stehen wir auch heute noch vor der Tatsache, eine regelrechte Funktion der neuen Magenöffnung nicht mit absoluter Sicherheit garantieren zu können und werden wohl auch in Zukunft uns mit dem Schreckgespenst des sog. Circulus vitiosus zu beschäftigen haben.

Die meisten Autoren konstatieren, dass sie bei zunehmender Uebung den circulus immer seltener beobachtet hätten und schreiben diese besseren Resultate sowohl der vollkommeneren Technik als auch bestimmten Modifikationen des Operationsverfahrens zu. Ich habe dieselbe Erfahrung gemacht und in den letzten Jahren keine Fälle von ausgesprochenem Circulus vitiosus mehr beobachtet: Ich habe von Anfang an die Kocher'sche Methode der Gastroenterostomie (mit querer Eröffnung des Darmes) angewandt und bin dieser Methode treu geblieben. Nur in einigen wenigen Fällen habe ich die Gastroenterostomia retrocolica nach v. Hacker gemacht. Ferner habe ich stets genäht und den Murphyknopf nicht gebraucht. In den meisten Fällen, — bei gutartigen Magenaffektionen immer — habe ich die Enteroanastomose nach Braun angeschlossen. Die besseren Resultate der letzten Jahre, was den Circulus vitiosus anbetrifft, finden bei mir also nicht in dem Wechsel des Operationsverfahrens ihre Erklärung. Aber auch der Vervollkommnung der Technik, die sich in Verkürzung der Operationsdauer unter anderem dokumentiert, glaube ich nicht allein das Ausbleiben des circulus verdanken zu müssen, sondern es will mir scheinen, dass die Art der Vorbereitung zur Operation und besonders auch die Nachbehandlung der Operierten, wie ich sie in den letzten Jahren regelmässig durchgeführt habe, von wesentlichem Einfluss auf den günstigeren Verlauf gewesen sind. Bevor ich darauf näher eingehe, muss ich der Aetiologie des Circulus vitiosus gedenken und einige klinische Symptome besprechen, die mir therapeutische Hinweise gegeben haben. Vorausschicken will ich noch, dass mir Obduktionsbefunde nicht zur Verfügung stehen, da ich keinen Patienten an reinem Circulus vitiosus verloren habe; der einzige Patient, der unter den Symptomen desselben zu Grunde ging, erlitt dieses Schicksal durch einen technischen Fehler, indem ich durch Anomalien am Mesenterium irregeleitet und durch eine sehr unruhige Narkose behindert, mich in der Bauchhöhle nicht gut orientieren konnte und statt der obersten Jejunumschlinge eine tiefe Ileumschlinge mit dem Magen vereinigte. Dieser Fall kann bei der Erörterung des Circulus vitiosus nicht in Betracht kommen, da derselbe eine regelrecht ausgeführte Gastroenterostomie zur Voraussetzung hat. Ueber die

anatomischen Verhältnisse beim Circulus vitiosus habe ich mich aber bei Gelegenheit zweier Relaparotomien unterrichten können.

Für das Zustandekommen des Circulus vitiosus sind die verschiedensten Momente verantwortlich gemacht worden, die man, wie mir scheint, bequem in zwei grosse Gruppen teilen kann. Bei der einen handelt es sich um mehr oder weniger vollständiges Versagen der treibenden Kraft, der Peristaltik, bei der andern dagegen um mechanische Hindernisse, die das abführende Rohr unpassierbar machen. Auf die Atonie des Magens und des zuführenden Rohres hat Miculicz auf dem Chirurgenkongress 1897 hingewiesen. Er sah darin einen der wesentlichsten Gründe für das Zustandekommen des Circulus und war der Ansicht, dass die Spornbildung, die vielfach bei Obduktionen konstatiert werden konnte, nicht die primäre Ursache des Circulus sei, sondern sekundär als Folge der Ueberdehnung des Magens und des zuführenden Rohres zu Stande käme. Diese Annahme scheint mir sehr berechtigt, und ich glaube, dass die grösste Mehrzahl der typischen Fälle von Circulus vitiosus sich ungezwungen so erklären lassen. Indessen braucht man nicht unbedingt eine stärkere Atonie der Magendarmmuskulatur vorauszusetzen, es genügt, wie mir scheint, die nach jeder Laparotomie zu beobachtende meist rasch vorübergehende Darmparese, um bei Hinzutreten weiterer schädigender Momente, auf welche ich gleich zurückkomme, die Stromrichtung aus dem Magen in den Darm in falsche Bahnen zu leiten. Nach ausgeführter Gastroenterostomie dürften unter normalen Verhältnissen die beiden Darmlumina gleich weit sein und der von der Jejunalwand gebildete Sporn sich annähernd in Mittelstellung befinden. Bei eintretender Peristaltik regulieren sich für gewöhnlich die Verhältnisse derart, dass das abführende Rohr sich vor die Magenöffnung legt und der Sporn das zuführende verengt. Treten aber noch während der Dauer der postoperativen Parese schädigende Momente hinzu, so kann sich die Sachlage umkehren. Unter diesen schädigenden Momenten scheint mir eine stärkere Anfüllung des Magens die wesentlichste Rolle zu spielen, sei es, dass sie durch Hypersekretion, oder durch zu reichliche Flüssigkeitszufuhr per os zu Stande kommt. Ausser dem Magen müssen aber auch das abführende und das zuführende Rohr, bei noch abwesender Peristaltik sich annähernd gleichmässig füllen. Während diese Anfüllung für das abführende Rohr ziemlich belanglos ist, da der Inhalt ja entweichen kann, vermag sie für das zuführende Rohr eine verhängnisvolle Rolle zu spielen. Indem die zuführende Schlinge gedehnt wird, drängt sie die abführende von der Magenöffnung zur Seite, und die der Fistel gegenüber liegende Jejunalwand kann sie dann spornartig ganz verlegen. Durch die allmählig eintretende Ueberdehnung des zuführenden Rohres erlahmt dann die eventuell sich regende Peristaltik desselben gänzlich, und wir haben dann den vollständigen Circulus vitiosus vor uns. In der geschilderten Weise muss man sich die Entwickelung des Circulus denken, wenn er durch Schwäche oder Fehlen der Peristaltik bedingt ist. Dass ein Darniederliegen der treibenden Kraft wirklich die Ursache sein kann, dafür scheint mir namentlich die Tatsache zu sprechen, dass man den Circulus auch beobachtet bei Operationsverfahren, die ein mechanisches Hindernis so gut wie sicher ausschliessen, wie die Gestroenterostomie mit Anschluss der Enteroanastomose und vollends das Roux'sche Verfahren. Hier können wohl nur dynamische und nicht rein mechanische Momente in Betracht kommen. Die schädliche Wirkung stärkerer Anfüllung des Magens in der ersten Zeit nach der Operation scheint mir nicht anfechtbar.

Kurz rekapituliert glaube ich, dass wir in der postoperativen Darmparese einen Zustand sehen müssten, der die Entwicklung des Circulus vitiosus anbahnt und begünstigt, sowie dass nach jeder Gastroenterostomie in den ersten 24 bis 48 Stunden ein kritisches Stadium besteht, in welchem sich die Richtung des Flüssigkeitsstromes aus dem Magen in den Darm langsam entscheidet.

Ausser diesem eben geschilderten, „dynamischen“ Circulus vitiosus giebt es nun zweifellos ähnliche Zustände, bei denen nicht das Fehlen der treibenden Kraft das Wesentliche ist, sondern ein mechanisches Hindernis im abführenden Rohr die fehlerhafte Circulation bedingt. Dieses Hindernis kann durch die verschiedensten Ursachen bedingt sein, wie Abklemmung durch Adhäsionen, Achsendrehungen des Darmes, Kompression durch das Kolon u. s. w. Ich kann auf diese vielen hier vorliegenden Möglichkeiten nicht weiter eingehen, sondern will nur zwei von mir beobachtete Fälle kurz skizzieren.

Th. B., 39 Jahre alt, kam wegen beständig rezidivierender Ulkusbeschwerden (er war im Ganzen 10 Jahre krank) am 20. Dezember 1901 zur Operation. Gastroenterostomie (Kocher) mit Enteroanastomose (Braun). In der Nacht nach der Operation mehrmals Erbrechen. Am 21. Dezember. Beständige Uebelkeit. Würgen und Schmerzen im Leibe. Durch wiederholte Magenspülungen Erleichterung. Im Magen reichliche Mengen bräunlicher Flüssigkeit.

22. Dezember. Befinden besser. Wegen Uebelkeit wird eine Magenspülung gemacht, die das Fehlen jeglicher Stagnation erweist. Pat. geniesst etwas Flüssigkeit. Leib unempfindlich. Winde gehen ab. Mittags nochmals Magenspülung. Magen vollkommen leer. Nachmittags starke Uebelkeit. Spülung. Im Magen grosse Mengen rein galliger Flüssigkeit. Trotz mehrfach wiederholter Spülungen hält die Stagnation an. Da diese, nachdem sie bereits völlig geschwunden, plötzlich wieder aufgetreten, obgleich die Darmperistaltik in Ordnung ist, wird ein mechanisches Hindernis angenommen und Pat. am 23. Dezember relaparotomiert. Beide Schenkel der an den Magen fixierten Jejunumschlinge mitsammt der Enteroanastomose waren an der vorderen Magenfläche nach oben geschlagen und durch den gefüllten Magen gegen den Rippenbogen angedrückt und dadurch undurchgängig. Ein leiser Zug genügte um die Schlinge aus der falschen Lage zu befreien. Die Anastomosen durchgängig. Das abführende Rohr wird durch einen kleinen Schnitt eröffnet und reichlich flüssige Nahrung (Milch, Ei, Kognak) eingegossen.

Von nun ab vollkommen glatter Verlauf und regelrechte Funktion der Anastomose.

II. G. K. 34 Jahre alt. Carcinoma pylori, Stenose. Gastroenterostomie mit Enteroanastomose am 23. Juli 1904. Normaler Verlauf und gute Funktion der Anastomose bis zum 6. August. Von da ab Schmerzen im Epigastrium, Uebelkeit und Erbrechen. Am 10. August Eröffnung des Abdomens in der alten Narbe. Das grosse Netz in längerer Ausdehnung am abführenden Rohre adhärent und dieses um seine Axe spiralig gedreht. Trennung der Adhäsionen. Verlauf glatt. In der Folge traten wieder leichtere Kanalisationsstörungen auf, die rasch vorübergehend waren, dieselben waren wohl durch neugebildete Adhäsionen zwischen Netz und der fixierten Jejunumschlinge bedingt.

In den beiden eben geschilderten Fällen handelte es sich um vollständige Verlegung des abführenden Rohres. Ich muss bemerken, dass in gar nicht so seltenen Fällen nur ein relatives oder nicht absolutes Hindernis für den Abfluss der Ingesta aus dem Magen in den Darm besteht, wobei dann die Symptome viel milder sind: das Erbrechen fehlt entweder und tritt selten ein, der Zustand wird nicht bedrohlich, weil doch genügende Mengen von Nahrung in den Darm gelangen. Ich komme später auf solche Fälle zurück.

Wir haben gesehen, dass aus an sich verschiedenen einerseits dynamischen und andrerseits rein mechanischen Ursachen dieselben bösen Folgen entstehen. Für unser therapeutisches Vorgehen ist es

ausserordentlich wichtig, die beiden ätiologisch verschiedenen Formen des Circulus zu unterscheiden, denn es liegt wohl auf der Hand, dass die Therapie eine kausale und mithin eine verschiedene sein muss, je nachdem welche Form des Circulus vorliegt. Ich glaube, dass wir bei sorgfältiger Beobachtung der einzelnen Fälle differential-diagnostische Merkmale werden beibringen können und will im Folgenden versuchen die Symptome hervorzuheben, die mich in meinen Fällen in Stand gesetzt haben, den richtigen Weg bei der Therapie einzuschlagen.

Zunächst ist es ausserordentlich wichtig zu beobachten, wie bald nach der Operation die Anzeichen des Circulus vitiosus sich melden. Den genauen Zeitpunkt des Eintritts desselben wird man kaum feststellen können, denn einmaliges und auch wiederholtes Erbrechen galliger Massen kommt nach Gastroenterostomieen nicht allzu selten vor und ist wohl nur Folge der Narkose, und man hat noch keine Veranlassung von Circulus vitiosus zu reden. Hält aber das Erbrechen unverändert an und machen sich alsbald Zeichen einer Dilatation des Magens bemerkbar, so kann man mit ziemlicher Sicherheit auf ein Darniederliegen der treibenden Kraft, auf einen dynamischen Magenileus schliessen. Andrerseits handelt es sich sicher um mechanischen Ileus, wenn die ersten Symptome desselben eintreten, nachdem schon mehrere Tage eine regelrechte Funktion der Magendarmfistel konstatiert werden konnte. Zwischen diesen beiden Extremen liegen nun eine Reihe von Fällen, wo die Entscheidung schwierig und der Zeitpunkt des Eintretens der ersten Circuluserscheinungen nicht ausschlaggebend ist. Der dynamische Magenileus stellt sich wohl immer im unmittelbaren Anschluss an die Operation ein, aber auch ein mechanisches Hindernis kann sich sehr bald geltend machen können. Wir müssen uns hier nach weiteren Unterscheidungsmerkmalen umsehen. Bei Beobachtung meiner Fälle ist es mir aufgefallen, dass die Patienten mit dynamischem Circulus vitiosus in grösseren Pausen, dann aber sehr kopiöses Erbrechen haben, während bei dem mechanischen Circulus das Erbrechen häufiger erfolgt und kleinere Flüssigkeitsmengen entleert werden. Es dürfte sich dieses Verhalten leicht erklären lassen durch die Insufficienz der Magenmuskulatur bei der ersten Gruppe, wodurch eine Dilatation des Organs und grössere Flüssigkeitsansammlung ermöglicht wird. Das Erbrechen erfolgt erst bei einem relativ hohen Grade der Dehnung der Magenwand. Ist dagegen die Magenmuskulatur kräftig und besteht eine mechanische Ursache für die Retention der Ingesta, so kommt es garnicht zu stärkerer Anfüllung und Dehnung des Organs, sondern der Magen entledigt sich seines Inhalts in kürzeren Pausen und dementsprechend in kleineren Quantitäten. Dieses Symptom war es hauptsächlich, das mich veranlasste in dem ersten oben geschilderten Falle ein mechanisches Hindernis am abführenden Rohr anzunehmen und dementsprechend vorzugehen.

Auch das subjektive Empfinden der Kranken kann für die Diagnose verwertet werden. Die Patienten mit mechanischem Magenileus sind meist sehr gequält durch das häufigere Erbrechen und Uebelkeiten; auch über Schmerzen im Epigastrium klagen die Kranken, während beim dynamischen Circulus das Erbrechen meist mühelos ohne vorhergehende quälende Uebelkeit erfolgt und sich mehr als ein einfaches Ueberlaufen des stark dilatierten und angefüllten Magens darstellt.

Von den objektiven Symptomen im Epigastrium beansprucht die peristaltische Unruhe des Magens eine wesentliche Bedeutung. Nachweisbare Peristaltik spricht mit Sicherheit für das Vorhandensein eines mechanischen Hindernisses. Hochgradige Dilatation des Magens beobachtet man wohl ausschliesslich beim dynamischen Circulus, doch ist es denkbar, das auch bei dem mechanischen schliesslich eine Insuffizienz der Muskulatur und Dehnung des Organes zustande kommt.

Für die Diagnose sind endlich noch zu verwerten gewisse den dynamischen Circulus begünstigende Momente, wie Atonie der Magenwand, Dilatation des Organs bereits vor der Operation, starke Hypersekretion und endlich Kachexie, besonders bei Karzinom (M i c u l i c z). Alle drei Fälle von dynamischem Circulus, die ich beobachtete, betrafen Karzinomkranke.

Die Zahl der von mir beobachteten Fälle von Circulus vitiosus ist zu gering, als dass man den geschilderten differentialdiagnostischen Daten allgemeine Geltung zuschreiben dürfte: es werden sich sicher viele Fälle finden, bei denen eine Diagnose, welche Form des Circulus vorliegt, schwierig sein wird. Es scheint mir aber praktisch, schon mit Rücksicht auf die Therapie an der Einteilung in mechanischen und dynamischen Circulus vitiosus oder Magenileus festzuhalten, um so mehr als diese Einteilung unseren Anschauungen über den Ileus am Darme durchaus entsprechend ist.

Die bisherigen Ausführungen beziehen sich ausschliesslich auf den voll entwickelten, kompletten Circulus vitiosus, bei welchem kein Inhalt aus dem Magen in die abführende Schlinge gelangen kann. Ich erwähnte aber schon oben leichterer Fälle, bei denen kein absolutes Hindernis für die Entleerung des Magens in den Darm besteht, und wo nur ein Teil der Ingesta in den Magen regurgitiert. Ich habe solche Fälle beobachtet, die einander ausserordentlich ähnlich verliefen: nach 1—2-wöchentlichem vollkommen glatten Verlauf stellten sich bei den Kranken leichte Schmerzen im Epigastrium, Uebelkeiten und Erbrechen ein. Mit Hülfe der Magensonde konnte regelmässig eine Stagnation der Ingesta im Magen nachgewiesen werden. Dass es sich in allen diesen Fällen um eine mechanische Behinderung der Entleerung des Magens handelte, stand ausser allem Zweifel, denn bei allen Kranken liess sich eine lebhafte Peristaltik mit deutlicher Steifung des Magens nachweisen. Worin das mechanische Hindernis bestanden haben mag, kann ich nicht sagen, da ich zu einem erneuten operativen Eingriff keine Veranlassung fand, weil der Ernährungszustand der Kranken nicht wesentlich litt, und weil bei fortgesetzten Magenspülungen alle Stagnationserscheinungen in kurzer Zeit schwanden und dauernd fortblieben. Nur von einem der kürzlich operierten Patienten ist mir das endgültige Resultat unbekannt, da er sich der Behandlung entzog.

Die eben geschilderten Fälle gehören nicht in mein eigentliches Thema, denn man kann bei ihnen von einem „C i r c u l u s" nicht reden, da der grösste Teil der Nahrung jedenfalls den richtigen Weg fand, und nur ein kleines Quantum in den Magen regurgitierte. Ich wollte sie aber doch erwähnen, da sie von dem mechanischen Circulus vitiosus nur graduell, nicht aber dem Wesen nach verschieden sind.

Wenn ich jetzt zur Therapie des Circulus vitiosus übergehe, so möchte ich zunächst die Behandlung des m e c h a n i s c h e n Magenileus besprechen. Die Sache liegt hier sehr einfach. Ist man zur Ueberzeugung gelangt, dass ein mechanisches Hindernis vorliegt, so wird man über den einzuschlagenden Weg nicht im Zweifel sein, man wird das

Abdomen wieder eröffnen und das Hindernis beseitigen. Die Aufsuchung desselben dürfte kaum Schwierigkeiten machen, im Notfalle wird man sich mit Anlegung einer Enteroanastomose behelfen, falls eine solche der Gastroenterostomie nicht sofort angeschlossen worden war. Sind die Symptome nicht sehr dringend, so ist im Anfang ein Versuch mit Magenspülungen berechtigt, um so mehr als wir gesehen haben, dass leichte Kanalisationsstörungen auf mechanischer Basis durch Spülungen gehoben werden können. Doch halte man sich bei ausbleibendem Resultat nicht lange damit auf, da die Chancen für die zweite Operation bei fortschreitendem Verfalle des Kranken rapide sinken.

Ob man palliativ, etwa durch Modifikationen der bisherigen Operationsmethoden dem mechanischen Mageneileus vorbeugen kann, erscheint mir zweifelhaft; man vergesse doch nicht, dass man mit der Fixierung einer Darmschlinge an den Magen schon an und für sich anormale Lagerungsverhältnisse in der Bauchhöhle geschaffen hat. Jedenfalls hat man mechanische Hindernisse am abführenden Rohr bei den verschiedensten Modifikationen der Gastroenterostomie beobachtet. Dass auch eine sofort angeschlossene Enteroanastomose dem Uebel nicht vorbeugen kann, beweisen meine beiden oben geschilderten Fälle.

Viel wirkungsvoller kann man dem dynamischen Mageneileus, dem Circulus vitiosus im engsten Sinne des Wortes vorbeugen. Durch die Roux'sche Methode wird in dieser Hinsicht wohl das Maximum des mechanisch Möglichen erreicht und doch sind bei Fehlen der treibenden Kräfte auch hier Kanalisationsstörungen möglich und auch tatsächlich beobachtet worden. Die Braun'sche Enteroanastomose ist durchaus zweckentsprechend, indem sie die verhängnisvolle Ueberdehnung des zuführenden Rohres verhindert. Absolute Garantie gewährt auch dieses Verfahren nicht; der schwerste Fall von Circulus vitiosus, den ich beobachtet habe, betraf einen Patienten, der mit Enteroanastomose operiert war.

Wie ich schon eingangs betonte, glaube ich meine besseren Resultate der letzten Jahre d. h. das Ausbleiben des Circulus vitiosus weniger der Vervollkommnung meiner Technik als vielmehr einer bestimmten Vor- und Nachbehandlung der Kranken zu verdanken, auf welche ich nunmehr eingehen möchte. Ich setze als Prämisse voraus, dass in der postoperativen Darmparese und in der Anfüllung des Magens während der Dauer dieser Parese die schädlichen Momente liegen, die den dynamischen Circulus vitiosus zu Stande kommen lassen. Hier haben demnach unsere therapeutischen Bestrebungen anzugreifen. Die postoperative Darmparese ist eine Reaktion auf jeden mechanischen Eingriff in der Bauchhöhle und tritt um so energischer und andauernder auf, je schwerer der Eingriff war. Längere Dauer der Operation, Abkühlung des Peritoneums, mechanische Insulte der Darmschlingen, Zerrungen der Mesenterien u. s. w. sind in erster Linie für eine stärkere und anhaltendere Darmparese verantwortlich zu machen. In wie weit hier rein mechanische und thermische Einflüsse oder leichte Infektionen des Peritoneums ätiologisch wirksam sind, soll hier nicht weiter untersucht werden. Bei einer unkomplizierten Gastroenterostomie können bei guter Technik die genannten Schädlichkeiten auf ein Minimum reduziert werden, und wir sehen daher solche Patienten gewöhnlich wenig unter den Erscheinungen der Darmparese (Meteorismus etc.) leiden. Ganz eliminieren lässt sich aber die Parese nicht und betrifft sie eine an und für sich schon schwer geschädigte Muskulatur (Karzinomkachexie, Atonie etc.), so ist trotz relativer Milde des Eingrifs in den ersten 1—2 Mal 24 Stunden nach der Operation auf eine erfolgreiche Muskeltätigkeit des Magens nicht zu rechnen. Um die Parese nach Laparotomien günstig zu beeinflussen, habe ich immer ausgiebiger von einem Mittel Gebrauch gemacht, das im Deutschen Alexanderhospital seit Jahren gegen verschiedene Formen der Darmsperre, sofern sie nicht operativ beeinflusst werden konnten, angewandt wurde. Das ist die Belladonna, in letzter Zeit auch das Atropin. Ich kann auf die theoretische Begründung dieser Behandlungsweise nicht näher eingehen und will nur betonen, dass, seit ich vor jeder schwereren Laparotomie, sowie in der Nachbehandlung den Patienten Belladonna verabreichen lasse, niemals mehr Darmparesen irgend nennenswerten Grades zur Beobachtung gekommen sind. Die Belladonna ist wirksamer und jedenfalls unschädlicher als die Abführmittel, die noch vielfach gegen den Meteorismus nach Operationen angewandt werden. Die ausgedehnte Anwendung der Belladonna bei den verschiedenen Formen der Darmsperre hat Dr. E. Moritz seit vielen Jahren empfohlen; [1]) in der Vor- und Nachbehandlung der Laparotomierten hat das Mittel einen weiteren Wirkungskreis bei uns gefunden.

Die Vorbereitung zu einer grösseren Laparotomie gestaltet sich folgendermassen: Nach Entleerung des Darmes durch ein Abführmittel, das 2 Tage vor der Operation gegeben wird, bekommt der Patient am Tage vor der Operation 3 – 4 Gaben Extr. Belladonae à 0,015 meist in Pillenform. Ausserdem wird ein Oeleinlauf verordnet und nur flüssige Nahrung gereicht. Bei Gastroenterostomien, die wegen hochgradiger Pylorusstenose gemacht werden mussten, wurde von der Darreichung der Belladonna per os abgesehen und das Mittel per Klysma appliziert.

Auch in den ersten Tagen nach der Operation haben wir den Operierten meist Belladonna gegeben und zwar per rectum mit Kochsalzlavements, die gegen den quälenden Durst von guter Wirkung sind.

Durch diese Behandlung gelingt es tatsächlich die Darmparese nach Operationen auf ein Minimum zu reduzieren, und sind wir nach Gastroenterostomie stets mit der Belladonna ausgekommen. Will man eine stärkere und raschere Wirkung erzielen, so sind Atropininjektionen zu empfehlen. Speziell bei der peritonitischen Darmparese, die nach der eitrigen Appendicitis bedrohliche Grade erreichen kann, leistet das Atropin vortreffliche Dienste.

Gelingt es durch die Belladonnabehandlung die postoperative Darmparese in mässigen Grenzen zu halten und die Dauer derselben abzukürzen, so kommt es weiter darauf an, jede Anfüllung des Magens in dieser Zeit zu vermeiden. Besteht eine starke Hypersekretion, so sollten möglichst bald nach der Operation Magenspülungen vorgenommen werden. Dadurch kann einer Anfüllung und Ueberdehnung des zuführenden Rohres von vornherein vorgebeugt werden Die Gefahrlosigkeit der Magenspülungen nach Gastroenterostomien scheint mir, nach Allem was sich darüber in der Literatur findet, erwiesen. Ich selbst habe auch keine üblen Zufälle beobachtet. Zur Vermeidung einer Anfüllung des Magens ist es ferner geraten, in den ersten 24—48 Stunden per os keine Nahrung zu geben.

---

[1]) E. Moritz: Belladonnabehandlung bei Darmsperre. St. Pet. Med. Wochenschr. 1901 № 5.

Bei Patienten, deren Ernährungszustand ein leidlicher war, und denen man daher eine 24-stündige Hungerdiät zumuten konnte, habe ich mich darauf beschränkt, dem Flüssigkeitsbedürfnis durch 2-stündlich applizierte Kochsalzlavements zu ca. 100 Gramm zu genügen. Bei sehr reduzierten Patienten dagegen habe ich stets vor Schluss der Operation in den abführenden Schenkel reichlich flüssige Nahrung (Milch, Eigelb, Cognac) einlaufen lassen. Diese kleine Manipulation lässt sich leicht ohne Infektion der Umgebung ausführen und hat sich mir vortrefflich bewährt; in mehreren Fällen konnte eine merkliche Besserung des Pulses nach der Operation konstatiert werden. Mit dieser Nahrungszufuhr hilft man jedenfalls den Patienten über die Dauer der postoperativen Parese hinweg.

Ich bin weit entfernt davon in dem geschilderten Verfahren ein für jeden Fall wirksames Mittel gegen den dynamischen Mageníleus zu sehen und konstatiere nur, dass wir seit Einhaltung dieses Regimes über keine Beobachtung desselben mehr verfügen. Indessen ist es durchaus denkbar, dass bei hochgradiger Myasthenie des Magens trotz aller Vorsichtsmassregeln ein Circulus vitiosus eintritt. Derselbe ist, falls eine Enteroanastomose gemacht war, mit fortgesetzten Magenspülungen zu behandeln. Ich glaube kaum, dass hier durch eine Wiedereröffnung des Abdomens etwas zu erreichen ist; im Gegenteil könnte durch den erneuten Eingriff die Parese nur gesteigert werden. Anders liegt die Sache, wenn eine einfache Gastroenterostomie ohne Enteroanastomose ausgeführt war. In solchen Fällen hat eine nachträglich gemachte Enteroanastomose den Circulus beseitigen können und ist ein solches Verfahren berechtigt, wenn Magenspülungen resultatlos bleiben. In einem sehr schweren Fall von Circulus vitiosus auf dynamischer Basis, der trotz einer Enteroanastomose sich entwickelte, habe ich durch mehrere Tage fortgesetzte Magenspülungen schliesslich Heilung erzielt. Es empfiehlt sich in solchen Fällen unmittelbar nach einer Spülung recht konzentrierte Nahrung in kleinen Quantitäten einzuführen und die Spülung zu wiederholen bevor sich grössere Mengen im Magen angesammelt haben. Durch häufig wiederholte Spülungen gelingt es offenbar Magen und zuführendes Rohr derart zu entlasten, dass die Muskulatur ihre Tätigkeit wieder aufnimmt. Dass während der Dauer des Circulus vitiosus das drohendste Symptom die Wasserverarmung, energisch bekämpft werden muss, braucht nicht betont zu werden; Kochsalzlösungen per rectum und subcutan sind hier das souveräne Mittel.

In dieser Weise gelingt es zuweilen schon sehr böse aussehende Fälle noch zu retten, doch scheint mir der Schwerpunkt auf die Prophylaxe gelegt werden zu müssen und glaube ich, dass in dieser Richtung die Belladonnabehandlung ernste Beachtung verdient.

Ist es berechtigt bei Gefährdung der Sehkraft durch Schwangerschaft, die Einleitung der künstlichen Frühgeburt oder eines Abortus zu verlangen?

(Nach einem Vortrag, gehalten im deutschen Vereine St. Petersburger Aerzte.)

Von

Dr. Th. Germann.

Augenstörungen im Verlaufe der Schwangerschaft, des Wochenbettes und der Säugeperiode sind im ganzen selten, ihre Kenntnis für den praktischen Arzt aber wichtig.

Es lassen sich alle im Verlaufe genannter Zustände beobachteten Augenstörungen in zwei Gruppen teilen: in funktionelle Störungen, und in organische Veränderungen am Auge und deren Folgen.

Als Ursachen, welche die Erkrankung des Sehapparates während der Schwangerschaft veranlassen, werden angesehen: Störungen in der Blutmischung und in der Zirkulation. Die absolute Quantität des Blutes ist während der Schwangerschaft grösser, dabei wird es aber ärmer an roten Blutkörperchen, Eiweiss und Salzen — das Blut wird hydropisch. Die Verminderung an Hämoglobin soll bis zu 8% betragen. An Schwangeren wird erhöhte Kohlensäure-Ausscheidung beobachtet. Erst allmählig nach der Geburt geht der chloro-anämische Zustand zurück. Die Ernährung der Nervensubstanz kann unter der veränderten Blutmischung leiden, und dadurch das Nervensystem in allen seinen Teilen in Mitleidenschaft gezogen werden. Weiter besteht während der Schwangerschaft, während des Wochenbettes und während der Laktation entschieden eine grössere Disposition zu Auto-Intoxikationen. Die zarte Nervenzelle ist aber toxischen Wirkungen sehr zugänglich.

Die leichteren, rein funktionellen Störungen des Sehorganes, soweit dieselben nicht durch nachweisbar materielle Veränderungen bedingt sind, können zu aller Zeit genannter Perioden beobachtet werden, treten aber vorwiegend während der ersten Hälfte der Schwangerschaft auf und bieten eine gute Prognose. Dahin wären zu zählen: Accomodationsschwäche, Muskelparesen, retinale Asthenopie und Lichtscheu, Flimmern, Neuralgien am Auge.

Die schweren, wohl immer mit nachweisbaren organischen Veränderungen einhergehenden Augenstörungen treten sehr ausgesprochen in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft auf oder an deren Ende. Die Prognose ist sehr häufig eine schlechte, immer eine zweifelhafte Hierher gehören: Sehstörungen angefangen von leichten Graden der Amblyopie bis zu vollständiger Amaurose; Erkrankungen der Netzhaut: Netzhautödem, Retinitis albuminurica, Netzhautblutungen, Netzhautablösungen. Erkrankungen der Sehnerven: retrobulbäre Neuritiden, Perineuritis, echte Neuritis aller Grade bis zur Stauungspapille, und atrophische Erkrankungen der Sehnerven — meist eine Folge der vorausgegangenen Neuritis.

Besondere Gruppen schwerer Augenerkrankungen während der Schwangerschaft bilden die durch Embolien und Metastasen veranlassten: Iritiden, Iridochorioiditis und Cyclitis. Dieselben treten vorwiegend während des Wochenbettes auf.

Schliesslich schwere ulzerative Hornhauterkrankungen welche einzig an sehr geschwächten Müttern beobachtet werden, und sowohl zum Ende der Schwangerschaft als während der Laktation beobachtet werden.

Von den schweren Erkrankungen des Sehorgans während einer Schwangerschaft sind wohl am besten allgemein gekannt die Affektionen bei bestehender Eiweissausscheidung: die Retinitis albuminurica und die urämische Amaurose. In Bezug auf die urämische Amaurose herrscht gewiss Uebereinstimmung wegen der drohenden und das Leben gefährdenden Eklampsie; da ist ein künstliches Eingreifen für jeden Arzt selbstverständlich, und handelt es sich um das Leben der Mutter oder des Kindes, dann wird wohl jeder Gynaekolog zunächst das Leben der Mutter zu erhalten bestrebt sein. In diesen Fällen kommt also der Eingriff, welcher das Leben der Mutter erhalten soll, und nur aus die-

sem Grunde unternommen wird, auch der Erhaltung der Sehkraft zu Gute.

Wie ich weiter an einigen Krankengeschichten zeigen will, kommen in der Praxis Fälle vor wo die Frage so steht: Ist es berechtigt, bei der grossen Empfindlichkeit der Teile des Sehapparates gegen länger andauernde schädliche Einflüsse, die Frühgeburt oder den künstlichen Abortus zu verlangen wenn nur dem Sehvermögen der Mutter Gefahr droht, eine Lebensgefahr aber weder für die Mutter noch für das Kind besteht?

Wie würden sich die Kollegen, speziell die Gynäkologen zu dieser Frage stellen? Die Augenärzte haben, soweit ich mich darüber orientieren konnte, diese Frage bisher so gut wie garnicht erörtert.

Von uns Augenärzten verlangt man ja wohl, dass wir mit allen uns zu Gebote stehenden Mitteln die Sehkraft erhalten sollen, zugleich besteht aber auch für uns die Forderung Leben zu erhalten!

Der Konflikt entsteht wenn man sich die Frage stellen muss: Ist das Augenlicht der Mutter, oder das Leben der Frucht im gegebenen Falle das Wertvollere? Was soll erhalten, was soll geopfert werden?

Abgesehen von meinen Interessen als Augenarzt, bekenne ich mich zum Satz: eine sehende Frau ohne Kind ist mir real und ethisch genommen lieber, als eine blinde Mutter mit einem Kinde.

Wie so oft im Leben des praktischen Arztes ist wünschen und vollbringen zweierlei.

Zunächst bringe ich vier Fälle schwerer Hornhauterkrankung. In diesen Fällen handelt es sich immer um hochgradig anämische und in sehr reduziertem Ernährungszustande befindliche Frauen, überwiegend solchen welche bereits mehrfach geboren haben. Das Hornhautleiden beginnt während der letzten Schwangerschaftsmonate; die schweren Fälle sind einer Therapie absolut unzugänglich, und Verheilung tritt erst nach der Geburt oder gar erst nach dem Absetzen des Säuglings ein.

Der Endausgang ist eine totale oder teilweise Hornhautnarbe — Leukoma — oder gar eine Phthisis Bulbi anterior. Wenn nicht totale Erblindung, so ist eine hochgradige Schädigung der Sehkraft die unausbleibliche Folge dieser Erkrankung.

Das Hornhautleiden beginnt immer im Zentrum der Hornhaut, allwo zunächst eine runde epitheliale Trübung entsteht. Intelligente Patienten suchen bereits zu dieser Zeit Hilfe auf. Weiter bildet sich an der trüben Hornhautstelle ein Defekt der sich rasch in die Tiefe und in die Peripherie ausbreitet, und schliesslich kommt es zum Durchbruch des Geschwürsbodens, das Kammerwasser fliesst ab, und die Regenbogenhaut liegt entblösst vor. Mit dem Durchbruch tritt meist Stillstand des Hornhautzerfalles ein, das bis dahin entstandene Geschwür will aber nicht heilen. Oefters schreitet der Hornhautzerfall aber auch nach der Perforation weiter fort und kann es zum Einschmelzen der gesammten Hornhaut und zum Ausstossen der Linse kommen. Sehr auffällig und charakteristisch ist das Missverhältnis zwischen der Schwere des Augenleidens und der sichtbaren Reaktion. Diese erkrankten Augen werden ohne Beschwerden offen gehalten, es besteht keine Lichtscheu, die Injektion ist sehr gering. Ein leichtes Oedem sitzt unter der Bindehaut des Augapfels, giebt ihm ein gläsernes totes Aussehen, und nur einzelne stärker gefüllte Gefässe schimmern durch im bläulich roten Farbenton. Eine deutliche ciliare und conjunktivale Injektion welche unter anderen Umständen nebst heftiger Lichtscheu und Tränenfluss nie fehlt bei geschwürigen Erkrankungen der Hornhaut — fehlt hier fast vollständig. Die Reflexempfindlichkeit bei Berührung der Hornhautreste ist stark herabgesetzt. Nie wird über Schmerzen geklagt. Einzig das Schwinden der Sehkraft beunruhigt die Patienten. Es ist genau das Bild welches der Keratitis progressiva ulcerosa ex inanitione entspricht und nach schweren Blutverlusten. bei chronischen Eiterungen, nach Typhus, Cholera, chronischen Darmkatarrhen, bei Kachexien etc. beobachtet wird.

Fall 1. Bäuerin 34 a. n. Vom Landarzt aus dem Landschaftshospital zugeschickt. Zum fünften Male schwanger. Soll nach 3 bis 4 Wochen niederkommen. Vor etwa 6 Wochen, also dem Ende des siebenten Schwangerschaftsmonates entsprechend, erkrankte das rechte Auge. Ambulante Behandlung, und als das Auge schon nicht mehr sah (Perforation der Hornhaut) Aufnahme in das Landschaftshospital wo es nicht besser wurde, aber nach 14 Tagen auch das linke Auge erkrankte. Der Landschaftsarzt hat die Frau damit getröstet dass es nach der Geburt mit dem Auge besser werden würde, aber er gab den Rat zur Stadt zu fahren und in der Augenheilanstalt sich behandeln zu lassen.

Befund: rechts vollständige Zerstörung der Hornhaut, Irishernie, Linse wahrscheinlich ausgestossen. Links ist vom Hornhautrande noch ein etwa 4 mm. breiter Streifen vorhanden; Irishernie. Ich behielt, da ja quoad visum so gut wie nichts mehr zu erhoffen war, die Frau bis zum Eintritt der Wehen in der Augenheilanstalt und liess sie dann in das Gebärasyl überführen. Von dort wurde sie vollständig blind, aber mit einem kräftigen Kinde zurückgeliefert. Der Kollege auf dem Lande hat den Zusammenhang zwischen der Schwere der Hornhauterkrankung und der Schwangerschaft gewiss richtig erkannt. Warum hat er nicht gehandelt? Es mag sein dass er sich die Frage ob Frühgeburt einzuleiten sei garnicht gestellt hat, wenn aber doch, dann hat er eben das Leben des Kindes für wichtiger gehalten als das Augenlicht der Mutter.

Das linke Auge, so glaube ich annehmen zu dürfen, war noch zu retten durch eine sofort eingeleitete Frühgeburt.

Fall 2. Frau eines Werkmeisters an einer Fabrik. 30 a. n. 5. Geburt. Das linke Auge erkrankte unter „Verdunkelung des Gesichtes“ im Beginne des letzten Monats der Schwangerschaft. Sie hatte sich an einen Spezialisten für Augenkrankheiten an einer hiesigen Ambulanz gewandt, jedoch ohne Erfolg. Ich sah die Frau in der dritten Woche nach der Geburt. Befund: perforiertes Hornhautgeschwür zentral gelegen und von 3—4 mm. Durchmesser. Da sie selbst das Kind säugte verlangte ich Absetzung des Kindes. Darauf wollte sie nicht sofort eingehen. Ausser den üblichen lokalen Mitteln und feuchter Kompresse verordnete ich kräftige Diät, unter Ausschliessung aller Fastenspeise. Im Laufe dreier Wochen keine Besserung, aber der Prozess machte auch keine Fortschritte im schlechten Sinne. Darnach setzte sie das Kind ab, und nun ging es bald besser. Es hinterblieb ein adhaerentes zentrales Leukom mit relativ guter Chance für eine optische Iridektomie. Unter Atropin war das Sehvermögen als ich die Patientin zuletzt sah weniger als $^1/_{10}$.

Im besten Falle dürfte man auf eine Besserung bis zu $^2/_{10}$ rechnen, was für grobe Arbeit genügt. Von einer Frühgeburt, auf deren Einleitung sie gerne eingegangen wäre, hat man ihr nicht gesprochen.

Fall 3. Frau eines hiesigen Fabrikarbeiters. 27 a. n. Vierte Schwangerschaft, angeblich im Beginne des 8. Monates. Befund: links atonisches Hornhautgeschwür, zentral gelegen und von kreisrunder Form. Die Kammer steht noch, aber der Durchbruch ist zu erwarten. Ich riet der Frau im Gebärasyl um Einleitung der Frühgeburt zu bitten. Nach einigen Tagen ist es zur Perforation gekommon und die Frau erklärt, der Mann gehe auf eine Operation nicht ein, und auch sie wolle lieber ihr Schicksal tragen als die Sünde einer Frühgeburt auf sich nehmen. Nach einigen Wochen ambulanter Behandlung ohne Besserung blieb die Patientin fort.

Fall 4. Frau eines hiesigen gut situierten Handwerkers und Ladenbesitzers. 25 a. n. 3. Schwangerschaft, angeblich Ende des 8. Monats. Befund: rechts zentrales rundes, scharf begrenztes Leukom der Hornhaut. Strabismus convergens. Sehschärfe unter Atropin $^2/_{10}$. Patientin erzählt, dass vor der Geburt des 2. Kindes das rechte Auge genau so wie jetzt das linke erkrankte, und um dieselbe Zeit der Schwangerschaft.

Dr. Schroeder hat sie damals behandelt, hat ihr gesagt, dass ihr schwangerer Zustand an der Erkrankung des Auges schuld sei und habe nicht erlaubt, dass sie das Kind

selber stille. Erst nach der Geburt sei das Auge geheilt, aber der Flecken sei hinterblieben. Dr. Schroeder habe sie auch darauf aufmerksam gemacht, dass es für sie gefährlich sei nochmals schwanger zu werden, und wenn es doch einträte solle sie sich sobald als möglich einen Abort machen lassen. Auf dem linken Auge fand ich zunächst eine zentrale runde Trübung des Epithels, bei seitlicher Beleuchtung liessen sich darunter aber auch in den tieferen Schichten der Hornhaut strich- und zapfenförmige Trübungen erkennen. Das Sehvermögen betrug unter Atropin volle $^4/_{10}$. Von einer Frühgeburt wollten weder die Patientin noch der Mann etwas wissen. Die beiden ersten Kinder waren Mädchen und die Eltern hofften dieses Mal auf einen Sohn.

Ich untersagte alle Betätigung im Haushalte und das Stehen im Verkaufsladen, verlangte womöglich beständige Ruhelage und eine kräftige Diät. innerlich Arsen, Somatose, Haematogen etc. der modernen Kräftigungsmittel. Zur Geschwürsbildung kam es aber doch, wenn auch nicht zur Perforation. Das Kind wurde durch eine Amme gestillt. Endausgang auch auf dem linken Auge ein zentrales Leukom und die Sehfähigkeit blieb auf $^4/_{10}$. Also Gesammtverlust an Sehfähigkeit um $^7/_{10}$ für zwei lebende Kinder.

Ich könnte diesen Fällen noch weitere anreihen, es kam mir aber darauf an, ganz reine Fälle zu schildern ohne jede Komplikation, wie altes Trachom, Tränensackleiden, gelegentliche Verletzungen etc. Auf Grundlage meiner langjährigen klinischen Beobachtung muss ich sagen, dass Hornhautleiden bei schwangeren und stillenden Frauen entschieden langsamer verlaufen. Kommt dann noch eine ungenügende Ernährung hinzu — und das ist hier zu Lande wohl immer der Fall bei unserer so armen und stetig fastenden Landbevölkerung — dann geht es ohne hochgradige Schädigung der Sehkraft nie ab. Den Ernährungszustand zu heben, darauf kommt es in erster Linie an, das gelingt aber sehr oft garnicht weil die Schwangerschaft alle dahin zielenden Bemühungen stört. Viel Zeit kann nicht dran gegeben werden, Periculum in mora! Das Aufhören der Schwangerschaft bessert entschieden alsbald die Lage und daher sollte in diesen Fällen die Frühgeburt stets besprochen und deren Einleitung empfohlen werden. So manche Frau wird gerne darauf eingehen, und die Berechtigung zu dieser Operation erscheint mir ausser Frage.

Fall 5. Patientin unverheiratet 28 a. n. Arbeitet in einem hiesigen Bureau auf der Schreibmaschine. Im April 1902— es entspräche, wie später angegeben, dem 3. Schwangerschaftsmonate— bemerkte Patientin Abnahme der Sehkraft auf beiden Augen, wobei das rechte Auge schlechter sah. Sie hat jedoch die Arbeit nicht eingestellt und erst am 6. Juli— 6. Schwangerschaftsmonat — einen Augenarzt konsultiert weil sie nun nicht mehr arbeiten konnte. Bis zum 13. Juli ist sie noch allein gegangen, aber seit dem 16. Juli fühlt sie sich vollständig blind. Am 24. Juli wurde Patientin in die Augenheilanstalt aufgenommen. Befund: kleine, zwerghafte Gestalt. Starke Skoliöse und Kyphose. Affenschädel mit Rüsselgesicht. Hochgradige Anaemie. Patientin klagt über Kopfschmerzen.

Im Harn geringe Mengen von Eiweiss. Herztöne nicht rein—hauchend. Sie hat in der Kindheit hochgradige Rhachitis, dann Masern, Typhus, Lungenentzündung, und vor 8 Jahren Gelenkrheumatismus durchgemacht. Bis zum Juli häufiges Erbrechen. Pupillen beiderseits ad maximum dilatiert und reaktionslos.

Ophthalmoskopisch: beiderseits stark entwickelte Neuritis optica nebst Stauungspapillen. Rechts zeigt der neuritische Sehnervenkopf deutliche Blässe — beginnende Atrophie. Visus: rechts nur schwache Lichtempfindung, links Handbewegungen.

Vom 25. Juli bis zum 1. August inkl. erhielt Patientin verstärkte Quecksilbereinreibungen und Jodkali, keine Besserung. Jetzt erst gestand sie, zu unserem grenzenlosen Erstaunen, dass sie schwanger sei im 7. Monat! Durch die Kleidung hatte sie es geschickt verborgen und darnach zu fragen lag gar zu fern. Ein Gynaekologe hatte sie bereits im Mai untersucht und ihr gesagt dass sie wegen grosser Beckenenge nicht gebären könne. Die Furcht ihre Stellung zu verlieren, und darnach der Verlust der Sehkraft haben sie bisher abgehalten die Operation ausführen zu lassen. Jetzt habe sie einen mehrmonatlichen Urlaub erhalten und nun wolle sie sich der Operation unterwerfen. Ich konnte im Verein mit Dr. Schroeder und Dr. Weyert dem nur beistimmen, da wir nach diesem Geständnis unsere Ansicht über den Fall—wir hatten an einen Hirntumor gedacht — dahin ändern mussten, dass wir es mit einer Schwangerschaftsneuritis zu tun haben. Die Patientin wurde also den Herrn Gynaekologen zugeschickt. Zu meiner Ueberraschung kehrte die Kranke aber wiederum zu uns zurück mit dem Bescheid sie solle noch einen Monat warten! Ich habe nicht feststellen können warum diese Antwort erfolgte. Nur einem Gynaekologen welchen wir empfehlen wollten und der sie nicht abweisen würde wollte sich die Kranke anvertrauen. Die uns persönlich bekannten Gynaekologen waren damals teils verreist, teils auf dem Lande, die meisten Asyle für Privatpatientinnen geschlossen. Bis wir die Kranke plazieren konnten musste aber doch etwas geschehen da periculum in mora war. Ich versuchte es nun mit einer stark ableitenden Kur und liess Heissluftbäder—nach Dehio—applizieren je eine Stunde lang. Vom 3. bis zum 13. August wurden neun Bäder gegeben. Pilokarpin mochte ich nicht anwenden da ich dem Herzen misstraute. Patientin transpirierte kolossal, vertrug die Sache aber gut, und ich hatte die Genugtuung ein allmäliges Eintreten der Sehkraft zu beobachten. Am 17. August sah Patientin mit dem rechten Auge Handbewegungen und links hob sich die Sehschärfe auf $^3/_{10}$. Hiermit war wohl ausser Zweifel, dass die Entlastung des Organismus der richtige Weg war um zu helfen, die möglichst baldige Entbindung also dringend indiziert war. Nebst schriftlich abgegebener Diagnose und dem Verlangen ungesäumt die Kranke zu entbinden sandte ich dieselbe dem Gebärasyl zu. Unsere kollektiv gefasste Indikation wurde jedoch von den jüngeren Aerzten nicht respektiert, erst nach Rücksprache mit dem Direktor fand die Kranke Aufnahme und wurde die Operation auf unser dringendes Verlangen zugestanden. Nachdem am 24. August Abends die Frühgeburt eingeleitet worden, erfolgte am 27. August die spontane Geburt einer lebenden Frucht vom 8. Monate. Ein allgemein verengtes plattes Becken hatten die Messungen festgestellt. Wochenbett normal. Am 5. September 1902 konnte die Wöchnerin entlassen werden. Am 7. September konstatierte ich Visus: rechts Handbewegungen, links $^6/_{10}$!! Ein schlagender Beweis für die Berechtigung unserer Forderung der Frühgeburt. Leider ist die Hilfe für das rechte Auge gänzlich zu spät gekommen, aber auch das linke Auge ist schlechter geworden. Am 10. Januar 1903 konstatierte ich beiderseits Sehnervenatrophie, rechts Visus O. links Visus $^3/_{10}$ bei bis auf 30° eingeschränktem Gesichtsfelde.

Auch dieser Patientin konnte je früher um so besser durch Entfernung der Frucht geholfen werden, und in diesem Falle lag die Schuld der Verzögerung ganz auf Seiten der Aerzte. Ein missgestaltetes Weib wollte die uneheliche Frucht welche sie zum normalen Ende nicht gebären konnte zeitig opfern um das Augenlicht zu erhalten — sie fand aber nicht rechtzeitig Hilfe.

Ueber das weitere Schicksal von Mutter und Kind vermag ich nichts anzugeben. Volle Erblindung muss sie aber längst getroffen haben.

Fall 6. Frau eines Kleinkrämers aus der Provinz. 25 Jahr alt, erste Geburt. Patientin hochgradig anämisch; gelbweisse Gesichtsfarbe, hochgradige Abmagerung. In Begleitung ihres Mannes stellte sich Patientin am 23. März vor. Befund: maximal erweiterte reaktionslose Pupillen. Lichtprojektion vorhanden, Handbewegungen werden, dicht vor den Augen ausgeführt, erkannt. Der Augensiegel zeigt typische Retinitis albuminurica mit zahlreichen zum Teil starken Netzhautblutungen. Im Harn Eiweiss. Das Krankenexamen ergab: Anfang Februar, also reichlich 5 Wochen vor der Geburt, traten wassersüchtige Schwellungen an den Händen und Füssen und an den Schamlippen auf. Ueber das Sehvermögen hat Patientin zu dieser Zeit nicht geklagt, ist sich dessen auch nicht bewusst, schlechter oder trübe gesehen zu haben. Der Mann giebt an, der Kreisarzt habe ihn der Wassersucht wegen beruhigt und gesagt das käme bei Schwangeren oft vor, schwinde aber nach der Geburt und hinterlasse keine schlechten Folgen. Am 3. März will Patientin nach unruhig verbrachter Nacht blind erwacht sein. Sie wurde jetzt in das Hospital aufgenommen. Von der Notwendigkeit die Geburt sofort künstlich einzuleiten ist de Rede gewesen, doch sei man übereingekommen zu warten, da es doch einerlei sei, da der Termin der Geburt sehr nahe bevorstand. Ich habe nicht feststellen können wieweit dieser Beschluss auf den Mann oder den Kreisarzt zurückzuführen ist. Beide haben sich aber beruhigt und gewartet, und am 11. März erfolgte dann die normale Geburt eines—toten Kindes!

Der Mann behauptet, zwei Tage vor der Geburt hätten die Kindesbewegungen aufgehört. Wenn das Glauben verdient— ja warum hat man dann noch gewartet? Ein jeder Mediziner weiss ja wohl, dass schwere Augenstörungen durch Nephritis veranlasst werden können, und ebenfalls allgemein bekannt ist, dass eine Besserung des Sehvermögens bei

Nierenerkrankung nur dann zu erwarten ist, wenn diese Krankheit zurückgeht oder aufhört. Schwangerschaftsnephritis pflegt sogleich nach der Geburt aufzuhören, auch diese Tatsache ist genügsam allen Medizinern bekannt. Tritt also Sehstörung während einer Schwangerschaftsnephritis auf, dann muss sich ja logischer Weise Jeder sagen, dass eine sofortige künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft Nephritis und Sehstörung beseitigen oder wesentlich bessern kann.

Im vorliegenden Falle hat der Kollege die Frau aufgenommen—so denke ich—weil er weitere schwere Attaquen durch Uraemie und Eklampsie befürchten musste und dann hätte er natürlich sofort eingegriffen, denn in dem Falle lag Lebensgefahr vor! Die Erblindung hat ihn aber zum Handeln nicht gedrängt! Ist das berechtigt, ist das human? Jeder Augenarzt wird wohl zugeben müssen, dass ein Zuwarten, sobald Sehstörungen auftreten direkt gefährlich ist, und dass einzig die Unterbrechung der Schwangerschaft an Sehkraft retten kann was noch zu retten ist. Jeder Tag verschlechtert die Prognose quoad visum. Ueber das weitere Schicksal dieser Patientin vermag ich nichts anzugeben.

Ich zweifle nicht daran, dass viel beschäftigte Aerzte und Geburtshelfer Fälle wie ich hier mitgeteilt habe, erlebt haben werden.

Das mitgeteilte genügt gewissum zu beweisen, dass gefährdetes Sehvermögen eine schwerwiegende Indikation zur Einleitung der Frühgeburt oder eines Abortes sein kann, es beweist aber auch wie wenig ernst diese Indikation genommen wird.

Wenn bei einer Geburt bereits eine ernstere Sehstörung beobachtet wurde, dann steigert sich nach meinen persönlichen Erfahrungen die Gefahr mit jeder weiteren Schwangerschaft.

Der Widerstand der Schwangeren oder des Ehemannes gegen Abort oder Frühgeburt wird bei fehlender Unterstützung durch den Geburtshelfer oder den Hausarzt, vom Augenarzte allein wohl nur selten zu beseitigen sein. Daher ist es zunächst notwendig, dass diese Indikation allgemein als voll berechtigt anerkannt wird von allen Aerzten.

Mir ist erwidert worden, die Frage ist den praktischen Aerzten und Geburtshelfern noch zu wenig bekannt. Sollte dieses in weiterem Maasse der Fall sein, dann mögen diese aus der Praxis für die Praxis gesammelten Fälle mit dazu beitragen in weiteren Kreisen der Kollegen eine Diskussion dieser Frage anzuregen.

Ueber die Desmoidreaction Sahlis.

Von

B. Heiseler.

Im Jahre 1905 veröffentlichte Sahli [1]) eine neue Methode „Ueber die Prüfung des Magenchemismus unter natürlichen Verhältnissen und ohne Anwendung der Schlundsonde". Zur Voraussetzung hat die Methode die von Ad. Schmidt verfochtene Tatsache, dass rohes Bindegewebe nur vom Magensafte, nicht aber von den Darmsäften gelöst wird. Die Ausführung der Probe ist folgende: in einem fest mit unsterilisiertem Katgut verschlossenen Gummibeutelchen werden Stoffe in den Magen eingeführt, deren stattgehabte Resorption nach vorangegangener Lösung des Katgutfadens und Eröffnung des Beutelchens leicht nachgewiesen werden kann. Zur Verwendung gelangen: Methylenblau, Jodsalze und Salicylsäure. Der Patient verschluckt während einer Mahlzeit das Beutelchen und nach einigen Stunden soll, normale Magensaftverhältnisse vorausgesetzt, der betreffende Stoff im Harn nachgewiesen werden können. Aus dem früheren oder späteren Auftreten der Reaktion lassen sich nach Sahli Schlüsse ziehen, wie rasch das Katgut im Magen verdaut worden ist, mit anderen Worten, ob im Magensafte das Bindegewebe lösende Faktoren vorhanden sind. Sahli verglich die Desmoidprobe mit der üblichen Ausheberungsmethode in Verbindung mit der chemischen Untersuchung des Mageninhaltes und fand, dass die Resultate in den meisten Fällen übereinstimmende waren. Einige Fälle, welche zu Ungunsten der Methode zu sprechen schienen, bei denen trotz Fehlens der HCl und des Pepsins nach P. F. die Reaktion nach Einnahme des Beutelchens während einer grösseren Mahlzeit doch positiv ausfiel, erklärt Sahli folgendermassen. Trotz Achylie nach P. F. kann die Magenschleimhaut auf einen grösseren Reiz, wie ihn ein Pr. Mittag ausübt, noch genügend HCl und Pepsin absondern, um das Katgut zu lösen. Doch könne auch der umgekehrte Fall vorkommen, negativer Ausfall der Desmoidprobe bei Anwesenheit von HCl und Pepsin im Magen. Solches, meint Sahli, käme dann vor, wenn durch eine Hypermotilität des Magens das Beutelchen zu rasch, noch uneröffnet in den Darm trete, in welchem, da der Darmsaft zur Lösung des Katgut unbefähigt sei, natürlich keine Eröffnung des Beutelchens stattfinden könne. Auf Grund seiner Resultate hält Sahli die Desmoidreaktion für ebenso massgebend, wie die sonst üblichen chemischen Untersuchungsmethoden des Magensaftes. Er findet in der ersteren sogar noch den Vorteil, dass man indirekt darauf schliessen kann, dass die Mahlzeit, mit welcher das Beutelchen genommen wurde. verdaut worden ist. Da es natürlich nicht wenig Krankheitsfälle giebt, bei denen die Einführung eines Magenschlauches nicht angewandt werden kann und bei denen nur die Feststellung des Magenchemismus diagnostisch ausschlaggebend sein kann — unter anderen verweise ich auf das Ulcus ventriculi, dessen Abgrenzung gegenüber der Achylie des Magens unter Umständen kaum möglich ist — so ist es auch begreiflich, dass die neue von Sahli angegebene Methode in rascher Folge vielseitig geprüft worden ist, wobei ein Teil der Autoren die Methode mehr oder minder warm empfiehlt; von Anderen wiederum dieselbe in sehr ernster Weise beanstandet wird. So berichtet Eichler [2]) über 30 von ihm untersuchte Fälle. Seine Resultate stimmen mit denjenigen Sahlis im Allgemeinen überein. Er kommt zum Schluss, dass die Sahli'sche Desmoidreaktion in ihren Resultaten zwar niemals mit den chemischen Untersuchungsmethoden nach Expression einer Pr. Mahlzeit konkurrieren kann, wohl aber eine gute Orientierungsprobe für die sekretorische und motorische Funktion des Magens abgiebt. Er findet, dass ein positiver Ausfall der Reaktion innerhalb der ersten 15—20 St. nach Einnahme des Beutelchens anzeigt, dass die zur Verdauung nötigen HCl und Pepsin in genügender Menge im Magen abgesondert werden, während ein verspätetes Auftreten der Reaktion nach 1—2 Tagen darauf hinweise, dass eine Störung des Magenchemismus oder der Magenmotilität besteht, gleichviel ob dieselbe durch Anacidität, Achylie oder Hypermotilität bedingt ist. Aus einem positiven Ausfall der Reaktion lassen sich jedoch keine Schlüsse ziehen über das Vorhandensein einer

---

[1]) Sahli. Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte 1905 № 8.

[2]) Eichler. Berl. Klin. Wochenschrift, 1905 № 48.

normalen, oder einer gesteigerten Acidität, oder einer Hypersekretion. Zu ähnlichen Resultaten kommt ferner Kühn[3]), welcher in dem positiven Ausfall der Reaktion einen strikten Indikator für das Vorhandensein freier HCl im Mageninhalte zur Zeit der Einführung des Beutelchens erblickt. Kühn belegt dieses namentlich durch das Auftreten der Reaktion bei einem Patienten mit Diabetes mellitus und mutmasslichem Carcinoma ventriculi, bei welchem die Reaktion das erste Mal negativ ausfiel, ein zweites und drittes Mal jedoch positiv war. Als Grund für diese positive Reaktion erwies es sich, dass es im Magen bei deutlicher subjektiver Besserung des Patienten zur Bildung freier HCl gekommen war. Während die genannten Autoren hervorheben, dass die Desmoidprobe blos im Sinne des Vorhandenseins eines zur Verdauung befähigten Magensaftes zu verwerten ist, geht Kaliski[4]) einen Schritt weiter und glaubt, dass aus dem früheren oder späteren Auftreten der Reaktion Schlüsse gezogen werden können über den Grad der Acidität des Magensaftes. Es sollen sprechen: für Hyperacidität der Eintritt der Reaktion nach 4—7 St., für normale Acidität nach 7—12 St., für Subacidität resp. motorische Insufficienz des Magens der Umstand, wenn die Reaktion im Harne erst nach Ablauf von 24 Stunden erfolgt. Diesen 3 Mitteilungen, welche für den Wert der Desmoidprobe eintreten, stehen aber 2 später veröffentlichte Arbeiten gegenüber, welche ihre klinische Bedeutung wesentlich herabsetzen und zu einer strengen Skepsis der Methode gegenüber auffordern. In beiden Arbeiten werden Tatsachen mitgeteilt, welche die Richtigkeit der Angabe Ad. Schmidt's über die ausschliessliche Löslichkeit des Bindegewebes im Magensaft stark in Zweifel ziehen.

Da sich aber die Desmoidprobe Sahlis ausschliesslich auf einer solchen Behauptung aufbaut, so muss auch ihr klinischer Wert fallen, wenn es sich herausstellt, dass die Ansicht von Ad. Schmidt auf falschen Tatsachen beruht.

Einhorn[5]) verabreichte einer Reihe von Gesunden und Kranken hohle durchlöcherte Glas- oder Porzellanperlen, welche mit verschiedenen, festen Nahrungssubstanzen gefüllt waren. Da die Perlen an einem Seidenfaden befestigt waren, der nach Einführung der Perlen zum Munde heraushing, so konnten dieselben wieder aus dem Magen entfernt werden und an ihrem Inhalt diejenigen Veränderungen untersucht werden, welche mittlerweile durch die Magenverdauung erfolgt waren. Um den gleichen Einfluss seitens der Darmverdauung zu erkennen, wurden die Perlen ohne Faden verschluckt, doch wurden dieselben, um sie vor einem Einflusse des Magensaftes zu schützen, mit einer Schicht Hammeltalg, der im Magen unlöslich ist, umgeben. Nach entleerung der Perlen im Stuhl und Durchmusterung desselben auf dem Stuhlsieb, liess sich dann feststellen, welche Veränderung mit den in den Perlen eingeschlossenen Nahrungssubstanzen unter dem Einfluss einer ausschliesslichen Darmverdauung vor sich gegangen war. Unter den auf diese Weise verabreichten Substanzen fand sich auch in den Perlen eingeschlossenes Bindegewebe. Trotzdem dasselbe durch den Hammeltalg einer Magenverdauung entzogen war, erwies sich dasselbe im Stuhl als gelöst, wodurch die Möglichkeit einer Lösung des Bindegewebes im Darm erwiesen und die gegenteilige Behauptung Ad. Schmidt's widerlegt war. Diesen rein theoretischen Untersuchungen Einhorns entsprachen aber auch seine klinischen Resultate. Wenigstens erhielt Einhorn[6]) bei mehreren mit kompleter Achylie behafteten Kranken eine positive und garnicht einmal besonders verspätete Desmoidreaktion.

Ueber ähnliche Resultate berichten Alexander und Schlesinger[7]). Sie betonen die grosse Unregelmässigkeit in dem Erscheinen des Methylenblau im Harn nach Eingabe des Desmoidbeutelchens. Ferner erwies es sich, dass verschiedene, zusammen, zu gleicher Zeit im Desmoidbeutel verabreichte Stoffe zu ganz verschiedener Zeit im Harn auftraten; wodurch natürlich der Wert des zeitlichen Auftretens der Reaktion im Harn, wie solches besonders von Kaliski hervorgehoben worden ist, für die Diagnose einer normalen, verminderten oder gesteigerten HCl-ausscheidung im Magen ganz aufgehoben wird. Schliesslich gelang es Alexander und Schlesinger an einigen mit völligem Fehlen jeder HCl-ausscheidung behafteten Kranken, in deren Mageninhalte Milchsäure gefunden wurde und an denen eine Gastrostomie ausgeführt worden war, durch Versenken eines Katgutfadens in den Magen und nachträgliche Entfernung desselben, nachzuweisen, dass das Katgut im Magen verdaut worden war. Ausserdem wurden demselben Patienten nach einer Mahlzeit Methylenblaupillen eingeführt, worauf sich der Mageninhalt bald blau färbte. Alexander und Schlesinger halten es nicht für unmöglich, dass vielleicht die Milchsäure vicariirend für die HCl eingetreten wäre.*) Bezüglich der Löslichkeit des Katgut im Darme schliessen dieselben Autoren auf ihr Experiment in vitro hin, welches die Möglichkeit einer Auflösung des Katgut im Pankreassaft anzeigt. Jedenfalls geht aus allen genannten Arbeiten hervor, dass die Angaben in der Literatur über den Wert der Sahli'schen Probe sich strikt widersprechen und zur dringendsten Vorsicht bei ihrer Bewertung auffordern.

Auf die Veranlassung und unter Anleitung von Herrn Dr. Westphalen habe ich eine Anzahl von Patienten des Alexander-Hospitals der Probe unterworfen und die Resultate der Desmoidprobe mit dem chemischen Befunde nach Expression des Mageninhaltes nach P. F. verglichen. Wegen der bequemen Handhabung habe ich im Gummibeutelchen ausschliesslich Methylenblau angewandt. Die Beutelchen selbst wurden genau nach Vorschrift angefertigt und vor dem Gebrauche stets in Wasser gelegt, um die Dichtigkeit des Verschlusses zu prüfen. Die Patienten erhielten das Beutelchen mit oder gleich nach einer Mahlzeit, die erste Harnportion wurde stets nach 2 Stunden geprüft und von da ab nach Möglichkeit stündlich. Beim Fehlen der Blaufärbung wurde die Kochprobe mit Ac. acet. glaciale gemacht auf das Vorhandensein des Chromogens. Nebenbei sei bemerkt, dass die letztere Probe wenig klinischen Wert hat. In den Fällen, wo die Blaufärbung des Harns nicht eintrat, wurde das Chromogen kein Mal nachgewie-

[3]) Kühn. Münch. med. Wochenschrift 1905 № 50.

[4]) Kaliski. Deutsch. med. Wochenschrift 1906 № 5.

[5]) Einhorn. Archiv. f. Verd.- Krankheiten. Bd. XII. Heft 1.

[6]) Einhorn. Deutsche med. Wochenschrift 1906 № 20.

[7]) Alexander und Schlesinger. Ibidem 1906 № 22.

*) In dem eben erschienenen Heft № 26 der Deutschen med. Wochenschrift spricht Ulich die Ansicht aus, dass Katgut gelöst wird in einer Milchsäurelösung mit Pepsin, wie aus seinen Rengensglas-Versuchen hervorgeht.

Tabelle I.

Achylie oder Anaciditas.

№	Alter.	Diagnose.	Motilität des Magens.	Magensaftverhältnisse.	Dermoid-probe.	Bemerkungen.
1	56	Carcinoma ventriculi	*) n.	Achylie	—	
2	36	Alkoholimus. Enteritis chr.	n.	Anaciditas	—	
3	55	Enteritis chr.	n.	Achylie	—	Beutelchen ungelöst im Stuhl gefunden
4	34	Carcinoma intestini ilei	n.	„	—	
5	40	Enteritis ulcerosa tbc.	n.	11/V Anaciditas.	+ 8 St.	
»	»	„ „ „	n.	26/V G. Ac. 70, fr. HCl 46		
6	43	Tuberc. pulmon. et intestin.	n.	Anaciditas.	+ 3 St.	
7	30	„ „ „ „	**) gest.	25/IV fr. HCl in Spuren	—	Chromogene nicht geprüft.
»	»	„ „ „ „	gest.	10/V Anaciditas.	+ 7 St.	
8	55	Tuberc. pulmon, laryngis et	gest.	Achylie.	+ $6^3/_4$ St.	
»	»	„ „ intestin.	gest	»	+ 9 St.	
9	48	Anaemia gravis	n.	»	+ 5 St.	

Tabelle II.

Subacidität.

№	Alter.	Diagnose.	Motilität des Magens.	Magensaftverhältnisse.	Dermoid-probe.	Bemerkungen.
10	58	Neuritis ischiadica.	n.	fr. HCl in Spuren.	+ 4 St.	
11	28	Tuberculosis pulmonum	gest.	» » » »	+ 4 St.	
12	34	Gastro-enteritis chr.	n.	15/I G. Ac. 42, fr. HCl 25.	+ 7 St.	
»	»	» » »	n.	31/I G. Ac. 80, fr. HCl 52.	+ $2^1/_2$ St.	
13	34	Dyspepsia nervosa	n.	G. Ac. 40, fr. HCl 23.	+ $2^1/_2$ St.	
14	35	Gastritis chr.	gest.	11/IV G. Ac. 37, fr. HCl 22.	+ 4 St.	
»	»	» »	gest.	25/V fr. HCl in Spuren.	+ 6 St.	
»	»	» »	gest.	10/V fr. HCl in Spuren.	+ 3 St.	
15	29	Ulcus ventriculi	gest.	G. Ac. 30, fr. HCl 10.	+ $2^1/_2$ St.	
16	27	Gastro-enteritis chr.	gest.	fr. HCl in Spuren.	+ $3^1/_2$ St.	
17	28	Enteroptosis. Dyspepsia nerv.	gest.	26/IV fr. HCl in Spuren.	+ 6 St.	
»	»	» » »	gest.	25/V G. Ac. 68, fr. HCl 32.	—	

*) normal.

**) gesteigert.

Tabelle III.

Normale Acidität.

№	Alter.	Diagnose.	Motilität des Magens.	Magensaftverhältnisse.	Desmoid-probe.	Bemerkungen.
18	38	Mesenterialcyste	gest.	fr. HCl vorhanden	+ 2 St.	
19	31	Neurasthenie.	n.	G. Ac. 67, fr. HCl 24	+ 3 St.	
20	28	Carcinoma recti	n.	G. Ac. 54, fr. HCl 14	+2 St. 20′.	
21	40	Ulcus ventriculi	n.	G. Ac. 55, fr. HCl 22	+ 3¼ St.	
22	39	» »	n.	G. Ac. 55, fr. HCl 34	+ 5 St.	
23	24	Tuberc. pulmon. et intestin.	n.	G. Ac. 77, fr. HCl 40	+ 2 St.	
24	31	Nephrolithiasis. Enteritis chr.	n.	G. Ac. 67, fr. HCl 42	+ 2 St.	
25	34	Dyspepsia nervosa.	n.	fr. HCl vorhanden	+ 3 St.	
26	32	Helminthiasis.	gest.	12/V fr. HCl. vorhanden	+ 6½ St.	
»	»	»	gest.	19/V G. Ac. 67, fr. HCl 34	+ 2 St.	Kapsel geplatzt mit unversehrtem Katgut im Stuhl gefunden
27	20	Influenza. Vitium cordis.	n.	G. Ac. 67, fr. HCl 26	—	
28	50	Dyspepsia nerv. Entero-colitis.	gest.	G. Ac. 58, fr. HCl 40	+ 2 St.	

Tabelle IV.

Hyperacidität.

№	Alter.	Diagnose.	Motilität des Magens.	Magensaftverhältnisse.	Desmoid-probe.	Bemerkungen.
29	33	Neurasthenie	n.	G. Ac. 112, fr. HCl 93 leichte Hypersecretion.	+ 5½ St.	
30	23	Enteritis chr.	n.	G. Ac. 78, fr. HCl 56	+ 3¾ St.	
31	43	Hyperchlorhydria. Enteritis chr.	n.	G. Ac. 82, fr. HCl 67	+ 3 St.	
32	53	Helminthiasis	n.	G. Ac. 100, fr. HCl 60	+ 2½ St.	
33	61	Ulcus ventriculi	n.	G. Ac. 95, fr. HCl 70	+ 9-18½ St.	Vergleiche später Text.
34	44	Polyneuritis alcoh.	gest.	G. Ac. 94, fr. HCl 54	+ 3½ St.	
35	56	Cirrhosis hepatis.	n.	G. Ac. 86, fr. HCl 41	+ 2 St.	
36	38	Hemicrania	n.	G. Ac. 93, fr. HCl 55	+ 3 St.	
37	39	Neurasthenia	n.	G. Ac. 95, fr. HCl 48	—	
38	37	Gastro-enteritis chr.	n.	14/V fr. HCl in Spuren	+ 2 St.	
»	»	» » »	»	23/5 G. Ac. 75, fr. HCl 58	+ 3 St.	
39	30	Neurasthenia. Enteritis chr.	n.	G. Ac 82, fr. HCl 61	+ 7½ St.	

sen. Nur in einigen Fällen positiver Blaufärbung des Harns konnte man 1 Stunde vorher das Vorhandensein des Chromogens nachweisen. Zur Kontrolle diente stets die chemische Untersuchung des Mageninhaltes nach P. F., welche meist an dem gleichen Tage vor Eingabe des Desmoidbeutelchens ausgeführt wurde. Da natürlich durch eine mechanische Insufficienz des Magens mit einer verzögerten Entleerung des Mageninhaltes in den Darm der Wert der Probe in unkontrollierbarer Weise verändert werden muss, so habe ich jeden derartigen Fall unberücksichtigt gelassen. Die Resultate meiner Untersuchungen finden sich in folgenden 4 Tabellen:

Alle 39 Fälle betreffen Patienten, die an verschiedenen Krankheiten litten und normale oder leicht gesteigerte Motilität darboten. In 11 Fällen habe ich die Motilität des Magens, wie solches ja bei Achylie und Subacidität nicht selten vorkommt, gesteigert gefunden, insofern, als der Magen 1 Stunde nach P. F. sich als entleert erwies und eine 2. Expression meist 45 Minuten nach P. F. erforderlich machte. Da in allen diesen Fällen die Desmoidprobe positiv ausfiel, so kann ich nicht annehmen, dass die Hypermotilität als solche irgend wie die Desmoidprobe störend beeinflusst hat.

Tabelle I betrifft 9 Patienten, welche nach P. F. ein völliges Fehlen der freien HCl im Mageninhalt aufwiesen. Die ersten 4 Fälle bestätigen die Angaben Sahlis. Das Auftreten der Blaufärbung des Urins im Falle 5 bei nachgewiesenem Fehlen fr. HCl im Magen braucht nicht unbedingt zu bedeuten, dass bei demselben der Katgutfaden erst im Darm gelöst worden ist. Der Umstand, dass bei einer wiederholten Untersuchung des Mageninhaltes nach 14 Tagen die Säurewerte auf G. Ac. 70, fr. HCl 46 gestiegen waren, weist darauf hin, dass es sich in diesem Fall um eine Heterochylie oder um eine relative chemische Insufficienz des Magenchemismus gehandelt hat. In allen übrigen 4 Fällen der Tabelle trat die Reaktion nach 3—9 St. auf, obgleich der Magenchemismus schwer geschädigt war. Jedenfalls geht aus den Resultaten dieser Tabelle hervor, dass tatsächlich bei Fehlen der HCl des öfteren die Desmoidprobe negativ ausfallen kann, dass es aber andererseits auch Fälle giebt, bei welchen sie, trotz schwer gestörter Magenverdauung, positiv ausfallen kann. Es stehen mithin meine Resultate in vollem Einklang mit den Angaben von Einhorn, Alexander und Schlesinger. Muthmasslich hat hier die Lösung des Katgut nicht im Magen, sondern im Darm stattgefunden; was, wie wir gesehen haben, den Untersuchungen von Einhorn zufolge, zum mindesten möglich ist.

Tabelle II umfasst 8 Fälle von vorhandener, aber verminderter HCl-Abscheidung des Magens. Auch hier finden wir Patienten mit normaler und gesteigerter Motilität. In allen Fällen trat ein positiver Ausfall der Reaktion ein. Ihr zeitliches Auftreten schwankte zwischen $2^1/_2$—7 St. nach Verabreichung des Beutelchens. Im Falle 14 sehen wir bei einem Patienten, an welchem die Probe 3 mal in kurzen Zwischenräumen ausgeführt wurde, die Reaktion nach 3—4 und 6 Stunden auftreten. Bei einem an chr. Gastro-enteritis leidenden Patienten, Fall 12, tritt die Reaktion das erste Mal, als dieselbe nach P. F. Säurewerte von G. Ac. 42, fr. HCl 25 aufweist, nach 7 Stunden auf. Als nach 2-wöchentlicher Behandlung sich das Befinden des Patienten gebessert hatte und eine Kontrollprüfung des Magens eine Steigerung der Acidität auf G. Ac. 80, fr. HCl 25 aufwies, trat die Reaktion nach $2^1/_2$ Stunden auf. Für sich allein betrachtet würde dieser Fall in hohem Masse zu Gunsten der Voraussetzung Sahlis sprechen, wie besonders von Kaliski weiter ausgeführt worden ist, dass ein höherer HCl-Gehalt zu einem zeitlich früheren Auftreten der Reaktion führt. Vergleichen wir aber die Zahlen dieses Falles mit den Zahlen der Tabelle IV, so kommen wir zum Schluss, dass wir es im Fall 12 mit einer individuellen Schwankung, keineswegs jedoch mit einem gesetzmässigen Faktum zu tun haben.

Tabelle III bezieht sich auf normale Aciditätswerte des Magens und umfasst 11 Fälle. Auch hier schwankt das Auftreten der Reaktion zwischen 2—$6^1/_2$ St. nach Einnahme des Beutelchens. Im Fall 27 trat jedoch die Reaktion bei einem an leichter Influenza erkrankten Patienten, dessen Säurewerte nach P. F. G. Ac. 67, fr. HCl 27 betrugen, im Verlauf von 2×24 Stunden überhaupt nicht ein. Da ein Versehen hierbei ausgeschlossen ist, auch keine Hypermotilität des Magens oder des Darmes bestand, so müssen wir annehmen, dass es Fälle giebt, bei denen es trotz normaler Magen- und Darmverdauung überhaupt nicht zur Lösung des Katgutfadens kommt, wodurch natürlich der klinische Wert der Desmoidprobe noch weiter verringert wird.

Tabelle IV umfasst 11 Fälle mit Hyperacidität, auch hier sehen wir die Reaktion meist nach 2—4 St. eintreten, in einem Falle trat dieselbe nach $5^1/_2$, in einem anderen nach $7^1/_2$ St. ein. Im Falle 33 sehen wir trotz der hohen Säurewerte die Reaktion zwischen 9—$18^1/_2$ St. nach Einnahme des Beutelchens eintreten. (Da die Blaufärbung im Laufe der Nacht, während welcher Patient nicht urinierte, auftrat, so lässt sich mit Sicherheit der Moment des ersten Auftretens der Blaufärbung nicht konstatieren. Jedenfalls enthielt der, 9 Stunden nach Einnahme des Beutelchens gelassene, Harn noch keine Spur des Methylenblau.) Im Falle 34, welcher einen neurasthenischen Patienten mit Oxyuren betrifft, erfolgte überhaupt keine Blaufärbung des Harns. Auch dieser Fall spricht für die oben erwähnte Voraussetzung, dass es tatsächlich Leute giebt, mit nachgewiesener normaler Motilität des Magens und ohne Diarrhöen, bei denen es überhaupt nicht zu einer Lösung des Katgutfadens kommt.

Fasse ich zum Schluss die Resultate meiner Arbeit zusammen, so muss ich mich auf Grund derselben auf die Seite derjenigen Autoren stellen, welche der Desmoidprobe einen wohlberechtigten Skeptizismus entgegenbringen. Ich glaube, dass die Sahli'sche Probe mit den sonst üblichen chemischen Untersuchungen des exprimierten Mageninhalts absolut nicht konkurrieren kann. In den wenigen Fällen, wo die Schlundsonde nicht angewandt werden kann, ist die Desmoidprobe sehr wohl im Stande unsere Diagnostik der Magensaftverhältnisse in eine falsche Bahn zu lenken.

Beitrag zur chirurgischen Behandlung schwerer Occipital- und Cervicalneuralgien.

Von

Dr. med. Ed. Heuking.

Neuralgien am Hinterkopf und an den seitlichen Partieen des Halses, d. h. Neuralgien, die sich im Ausbreitungsbezirke der sensiblen Bahnen der 4 obersten Cervicalnerven abspielen, eignen sich nur in sehr seltenen Fällen für eine chirurgisch-operative Behandlung. Freilich hat es der Chirurg in

praxi recht häufig mit an Neuralgien erinnernden Schmerzen zu tun, die als Begleiterscheinungen der Erkrankungen benachbarter Skelettteile auftreten. Es sei in dieser Beziehung nur auf die tuberkulöse Caries der beiden obersten Halswirbel verwiesen; ausstrahlende Schmerzen im Gebiete der beiden Occipitalnerven gehören zu den wichtigsten Frühsymptomen dieser Erkrankung und bilden auch in späteren Stadien einen wesentlichen Bestandteil im klinischen Gesammtbilde des Malum vertebrale suboccipitale. Aehnliche, durch Druck auf die sensiblen Nerven bedingte Schmerzen beobachten wir bei den viel selteneren Formen der chronisch-deformierenden Arthritis der Halswirbel; schliesslich wäre noch der gar nicht so seltenen „Muskelschmerzen" zu gedenken, die in den breiten und kurzen Muskeln des Nackens ihren Sitz haben. — Doch werden alle diese an Neuralgie erinnernden und letztere in ihrem Ablaufe häufig imitierenden Schmerzzustände mit Fug und Recht von den echten Neuralgien abgetrennt; auch können sie nie das Objekt einer speziell gegen den Nervenschmerz gerichteten Behandlung sein, da sie ätiologisch stets von pathologischen Zuständen abhängen, die ausserhalb der nervösen Gebilde zu suchen sind. Es sind sekundäre Nervenschmerzen, und sie können nur beseitigt werden durch therapeutische Massnahmen, die die ausserhalb des Nervensystems gelegene Primäraffektion beseitigen.

Echte Neuralgien der Occipital- und Cervicalregionen sind überhaupt nicht häufig anzutreffen; das wird durch folgende Zahlen bewiesen, die ich den Mitteilungen einzelner, auf dem Gebiete der Neuropathologie sehr erfahrenen Aerzte entnehme.

Bernhardt[1]) giebt an, dass er unter einer Gesammtzahl von 659 Neuralgien nur 42 Occipitalneuralgien beobachtet hat; Jastrowitz[2]) hat während einer 20-jährigen Praxis nur 6 Fälle gesehen; Remak[3]) hat unter einer Gesammtziffer von 15,000 Kranken nur 50 Fälle von Occipitalneuralgie notiert, und Conrads[4]) fand unter 717 Neuralgien, die er aus den Bonner klinischen und poliklinischen Journalen für einen Zeitraum von 12 Jahren zusammengestellt hat, nur 14, die von den Nerven des Halsgeflechtes ausgingen. — Oppenheim[5]) erwähnt in seinem bekannten Lehrbuch nur zweier von ihm beobachteter Fälle von verbreiteter Occipito-Cervicalneuralgie. Bei einem so seltenen Auftreten der Occipital- und Cervicalneuralgien ist es nun ganz begreiflich, dass der chirurg. Behandlung derartige Kranke nur in ganzen Ausnahmefällen überwiesen werden; zum Chirurgen gelangen nur solche Fälle, die sämmtlichen milderen Behandlungsmethoden einen unüberwindlichen Widerstand entgegenbringen.

Aber auch innerhalb dieser kleinen Auslese von Fällen wird der Chirurg stets auf's ernste mit sich zu Rate gehen müssen, ob er zum Messer greifen oder lieber von jeder Operation Abstand nehmen soll. Unseres Erachtens eignen sich, im Allgemeinen, nur jene Fälle für die operative Behandlung, in denen ein centrales (cerebrales) Leiden und auch jeder schwere neuropathische Allgemeinzustand ausgeschlossen werden können. In Ausnahmefällen, und bei strenger Auswahl der Fälle können auch solche Kranke operiert werden, bei denen diese Bedingungen nicht zutreffen; aber dann schon nicht mehr mit der Aussicht auf radicale Heilung, sondern in der Absicht, die Leiden zu mildern und den qualvollen Zustand solcher Unglücklichen zu einem erträglichen zu machen.

Unter solchen Umständen kann man sich nicht darüber wundern, dass die Kasuistik der operierten Occipito-Cervicalneuralgien eine sehr kleine ist. F. Krause[6]) der auf dem Gebiete der operativen Behandlung der Trigeminusneuralgien so viel erfahrene Chirurg, hat nur 3 mal wegen Occipitalneuralgie zu operieren Gelegenheit gehabt. Fügt man zu diesen 3 Fällen noch jenen Fall hinzu, über den Jastrowitz im Jahre 1898 berichtete, so ist, meines Wissens, die ganze Kasuistik, die sich in der Literatur über diesen Gegenstand findet, erschöpft.

Dieser kleinen Kollektion von 4 operierten Fällen kann ich 2 eigene Beobachtungen hinzufügen.*)

Krankengeschichte I.

Der 57-jährige Gesindewirt Nikolai Timofeew behauptet, dass er bis zum Beginn des gegenwärtigen Leidens stets gesund, sehr arbeitsfähig, nie bettlägerig gewesen wäre. Vor vielen Jahren—während seiner militärischen Dienstzeit habe er 2 mal Tripperinfektionen durchgemacht; nach der 2. Infektion hat er ein halbes Jahr hindurch an Nebenhodenentzündung gelitten. Luetische Infektion wird strikt in Abrede gestellt. An Intermittens hat er nie gelitten, auch nie in Malariagegenden gewohnt, hat nie viel getrunken und war stets mässiger Raucher. Seit seinem 26. Lebensjahre verheiratet; hat 6 gesunde Kinder, das 7. starb im 8. Lebensjahre am Scharlach. Er hat viele Jahre in der Narvaer Flachsmanufactur als Weber gearbeitet; vor 3 Jahren musste er seinen Dienst wegen der ihn jetzt quälenden Krankheit aufgeben.

Seine Krankheit begann vor nun $7^1/_2$ Jahren ganz plötzlich. Vor seinem Webstuhl stehend, empfand er einen jähen, brennenden Schmerz im Nacken, „als wenn ihn Jemand mit einem Stocke heftig geschlagen hätte". Der Schmerz verschwand ebenso rasch wie er aufgetreten war. Nach 2 Wochen trat der Schmerz wieder an derselben Stelle auf —

[1]) Bernhardt: Krankheiten der periph. Nerven. Th. II, p. 191.

[2]) Jastrowitz: Zur Kenntnis und Behandlung der Neuralgia occipitalis. Deutsche med. Wochenschr. № 14—15 1898.

[3]) Remak: Diskussion zu Jastrowitz' Vortrag im Verein f. innere Medizin, Berlin, Sitzung 17. Januar 1898. Deutsche med. Wochenschr. № 7, 1898 (Vereinsbeilage).

[4]) Conrads: Ueber Neuralgien und ihre chirurgische Behandlung. Dissertat. Bonn 1882.

[5]) Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten, II-te Auflage Berlin 1898, p. 421.

[6]) F. Krause: Die operative Behandlung der schweren Occipitalneuralgien. Arch. für klin. Chir. Bd. 59 p 357. 1899. Derselbe: dasselbe Thema in Beiträge z. klin. Chir. Bd. 24. H. 2. p. 469.

*) Seitdem ich vor jetzt 16 Jahren den ersten der hier mitzuteilenden Fälle operiert habe, schenkte ich der Frage über die chirurgische Behandlung der Occipitalneuralgien ein geschärftes Interesse. — Es sind mir seit jener Zeit zu wiederholten Malen Fälle mit neuralgischen Schmerzen im Occiput in eigener und konsultativer Praxis begegnet; bei näherer Prüfung hätte sich von ihnen jedoch nur einer für eine Operation geeignet. Er betraf einen 51-jährigen Herrn von robuster Konstitution, der sich stets einer vortrefflichen Gesundheit erfreut hatte. Vor 3 Jahren hatte er bei Ausübung des von ihm eifrig kultivierten Segelsports, beim Wenden des Segels, einen Schlag von der Segelraa an den Hinterkopf erhalten. Seit jener Zeit begannen erst ganz unbedeutende bald jedoch stets intensiver werdende neuralgischen Beschwerden sich einzustellen. Letzter Zeit wurden sie durch jede brüske Bewegung des Kopfes, durch jede Erschütterung des Körpers hervorgerufen. Patient hatte alle möglichen Mittel gegen sein Leiden gebraucht — doch alles vergebens. — Ich fand einen Schmerzpunkt, der dem N. occipit. maj. entsprach; überhaupt lag eine typische Neuralgie mit einer rein traumatischen Aetiologie vor. Dem mich konsultierenden Kollegen erklärte ich, dass ich den Fall für eine operat. Behandlung sehr geeignet halte und glaubte eine volle Heilung in Aussicht stellen zu können. Leider wollte Pat. von einer Operation nichts wissen. Ungefähr nach einem Jahr hatte ich Gelegenheit den Kranken zu beobachten. Alle Bemühungen der Kollegen, mit inneren Mitteln. Wärmeapplikation, Massage, Badekur in Teplitz etc. ihm Linderung zu schaffen, verschlugen nichts gegen das Leiden, welches nicht nur abnahm, sondern im Gegenteil, schlimmer wurde. — Seit 5 Jahren habe ich Pat. aus den Augen verloren und bin über sein ferneres Schicksal nicht orientiert.

war so heftig, dass er sich setzen und seinen Kopf mit beiden Händen stützen musste. Nun begannen die Schmerzanfälle sich in immer kürzeren Intervallen einzustellen. Im Laufe der letzten 3—4 Jahre hatte Patient keinen schmerzfreien Tag mehr; meist traten die Schmerzparoxysmen 4—5 mal täglich auf; doch kamen Tage vor, an denen 10, 15 ja 20 Attaquen sich einstellten. Anfangs waren die Intervalle ganz schmerzfrei; seit etwa 2 Jahren empfindet er jedoch auch in den anfallfreien Pausen ein Gefühl von Spannung und Druck im Hinterkopf. Auch ist ihm die Berührung der Kopfhaut stets empfindlich im Bereiche des Nackens und der rechten Kopfhälfte; das Kämmen des Haares wird daher mit der grössten Behutsamkeit ausgeführt, und nachts sucht er stets auf dem Bauche liegend und nach rechts gewandtem Gesichte zu schlafen. Aber jede unvorsichtige Bewegung des Kopfes löst sofort einen Schmerzparoxymus aus, woher er denn sehr wenig schläft und den grössten Teil der Nacht im Stuhl sitzend zubringt.—Schmerzanfälle treten auch oft beim Essen auf; Patient vermeidet daher schon seit einem Jahr alle feste, des Kauens bedürftige Nahrung. Alle Erschütterungen des Körpers, wie sie durch Husten, Niesen, Lachen u. drgl. herbeigeführt werden, rufen sehr oft Schmerzattaquen hervor. Die Defäkation ist ihm zu einem qualvollen Akt geworden, weil sehr häufig sich Schmerzanfälle infolge der zum Pressen erforderlichen Muskelanstrengungen einstellen. Allen heftigeren psychischen Erregungen geht er ängstlich aus dem Wege, da auch sie häufig von Schmerzanfällen begleitet werden.

Im Laufe seiner jahrelangen Leidenszeit hat Patient so ziemlich das ganze Arsenal der inneren Mittel durchversucht, hat keine Kosten gescheut und ist auch mehrmals in Petersburg gewesen um sich Rat und Hülfe zu holen — alles umsonst.—Jetzt hat er alle Hoffnung auf Linderung seiner Qualen aufgegeben, trägt sich mit Selbstmordplänen. Nur die dringenden Vorstellungen seiner Verwandten haben ihn bewogen, sich an mich zu wenden. Er selbst verspricht sich hiervon gar keinen Nutzen.

Stat. praes. 5. Febr. 1891. Der robust gebaute, aber sehr stark abgemagerte Mann macht den Eindruck eines ganz abgängigen Greises. Er geht mit schleichenden, schlürfenden Schritten, spricht mit ganz leiser monotoner Stimme. Beim Gehen, Stehen und Sprechen stützt er den nach rechts auf die Seite geneigten Kopf mit der rechten Hand.

Bei der Betastung der Kopfhaut erweist sich letztere als hyperästhetisch in der rechten Scheitelregion und Hinterkopfgegend. Nach links zu schneidet die Empfindlichkeit in der Mittellinie des Kopfes ziemlich scharf ab; nach aussen, an der rechten äusseren Schädelpartie, verliert sie sich allmählich zum rechten Ohre hin; ein Streifen der Kopfhaut unmittelbar über und hinter dem Ohre und die Gegend des Warzenfortsatzes, sind gar nicht empfindlich gegen Berührung. Nach vorn zu, zur Stirn hin, endet die hyperästhetische Zone mit einer Linie die ungefähr der Kranznaht entspricht. Am ausgesprochensten aber wird die Empfindlichkeit der Haut rechts am Hinterkopf und erreicht ihr Maximum auf der Höhe einer horizontalen durch die Protuber. externa gezogenen Linie. Darüber hinaus, im Nacken hört jede Hyperästhesie auf.

An der Haut der linken Kopfhälfte ist nirgends eine abnorme Empfindlichkeit vorhanden. Berührt man mit dem Finger, unter leisem Drucke, eine Stelle die ungefähr 3 Cent. rechts von der Protub. ext. und um etwa 1½ Cent. tiefer nach dem Nacken zu liegt, so durchzuckt den Kranken sofort ein äusserst heftiger Schmerz, so dass der Patient vom Stuhl aufspringt, wimmert und weint. Dieser äusserst intensive Schmerz, der vom Kranken als blitzartig, schneidend, bezeichnet wird, hält in seiner ganzen Wucht etwa 3—4 Minuten an, und klingt dann im Laufe von 15—20 Minuten ab. Bei einer geringen Unvorsichtigkeit, beim Ausführen von Kopfbewegungen, bei einer raschen Aenderung der Körperstellung, — wiederholen sich die Schmerzattaquen.

Im Laufe der 3 Tage, die Pat. bis zur Operation im Krankenhause zubrachte, hatte er sich von seinem Bette, auf dem er Tag und Nacht in hockender Stellung, den Kopf auf die Hände und die Arme auf die angezogenen Kniee gestützt zubrachte, kaum erhoben. Er bittet seine Umgebung flehentlich, man möge ihm alle intensiven Sinnesreize (grelles Licht, Lärm, unangenehme Geräusche und drgl.) fernhalten. — Er refüsierte jede Speise, die ihm in anderer als vollständig flüssiger Form gereicht wurde.

Täglich wurden 12—18 Schmerzattaquen registriert. Während derselben füllten sich die Venen des Gesichts, die Conjunctivalgefässe wurden stark injiziert — aber auf beiden Gesichtshälften ganz gleich. Eine Ungleichheit der Pupillen wurde nicht beobachtet. Trophische Störungen bestanden nicht (kein defluvium capillorum, keine erhöhte Abschilferung oder Oedem der Haut und dergl.)

Seitens des Nervensystems gab es keine weiteren Anomalien. Das Gehör auf dem rechten Ohr war normal; die Pupillen reagierten gleich gut; der Gesichtssinn rechts war nicht herabgesetzt.

Die inneren Organe der Brust und des Unterleibes erwiesen sich als normal — bis auf einen geringen Grad allgemeiner Arteriosklerose.

Die Diagnose: Neuralgia gravis n. occipitalis majoris dextri war klar. Da der Patient bereits eine Unmenge innerer Mittel ohne den mindesten Erfolg gebraucht hatte, schlug ich ihm die Extirpation des erkrankten Nervs, als einzige, meiner Ansicht nach, in Frage kommende Behandlung vor.—Der Patient gab sofort seine Zustimmung.

Am 9. Februar führte ich die Operation aus.

An dem rasierten und artis lege für die Operation vorbereiteten Hinterkopf des Kranken merkte ich mit dermographischem Blaustift die Lage des Schmerzpunktes. Er befand sich etwa 3 Cm. nach rechts von der Medianlinie, in der Höhe der Protub. occipit. ext.

Chloroformnarkose. Mittelst eines 8 Cm. langen horizontalen Schnittes, der etwa um einen Querfingerbreit unter der Protuber. occip. ext. von der Mittellinie des Nackens an nach aussen in der Richtung zur Spitze des rechten Proc. mastoid. geführt wurde, durchtrennte ich vorsichtig die Haut, liess den oberen Wundrand nach oben (gegen den Hinterkopf) ziehen, und suchte im subkutanen Gewebe, an der Stelle des vorher markierten Schmerzpunktes, nach den kutanen Aestchen des Nervs. Ich fand sie denn auch in Form zweier dicht bei einander liegender nach oben in der Richtung zum Scheitel ziehenden Stämmchen. Den beiden Stämmchen in ihrem proximalwärts gerichteten Laufe in die Tiefe folgend, durchtrennte ich den Muscul. trapezius hart unter seiner Ansatzstelle an das Hinterhauptsbein. Noch innerhalb der Substanz dieses Muskels vereinigten sich beide Zweige zu einem dickeren Stämmchen. Behutsam dem Stämmchen folgend, ging ich tiefer, und gelangte am hinteren—inneren Rande des m. splenius capitis vorbei auf den M. semispinalis capitis. Wegen sehr fühlbarer Raumbeengung fügte ich noch einen 2. Hautschnitt, in senkrechter Richtung, dem ersten horizontalen hinzu. Von dem auf dem m. semispinalis capitis aufliegenden Stämmchen sah ich 3 Zweige sich ablösen: Muskelästchen, bestimmt für die benachbarten Muskeln. Sie wurden, soweit es ging, aus der Muskelsubstanz herausoperiert und möglichst peripher durchschnitten. Immer weiter mit Hülfe zweier Pinzetten mich am Nerv in die Tiefe arbeitend, kam ich schliesslich an die Stelle, wo letzterer um den unteren — äusseren Rand des M. obliquus capitis infer. sich in die Höhe schlägt. Diesen Muskel, der sich durch den schrägen Verlauf seiner Fasern sehr gut kennzeichnet, liess ich vom Assistenten stark an die Höhe (d. h. Kopfwärts) ziehen und legte mir hier den Stamm des II. Cervicalnerven blos. Ich befand mich somit in der Stelle, wo der Stamm des Nerven, aus dem Spinalganglion heraustretend, in seine beiden Aeste zerfällt: in einen vorderen, schmächtigen rein motorischen (der mit der Neuralgie nichts zu tun hat), und einen hinteren, starken Ast, der sämmtliche sensiblen Fasern in sich schliesst, die Bahnen für die neuralgischen Schmerzen bietet, und den uns hier beschäftigenden n. occipitalis maj. bildet.

An dieser Stelle, also hart diesseits (distal) vom Ganglion, durchschnitt ich den Stamm des II. Cervicalnervs, schnitt von ihm noch den schwachen motorischen vorderen Ast ab, und konnte nun, den ganzen aus seinem Zusammenhange mit den tieferen Teilen abgelösten hinteren Ast, sammt den von ihm abgehenden schon erwähnten kleinen Muskelzweigchen, aus der Wunde herausheben. Nur mit seinen peripheren Fäden stand er noch unter dem oberen Rande des horizontalen Hautschnittes mit dem Körper in Verbindung. Diese wurden mit der Scheere durchschnitten und hiemit die Exstirpation des Nerv. occipital. maj. beendet.

Die Operation verlief ohne alle Incidente. Die Blutung war eine ausschliesslich parenchymatöse, aus den durchtrennten Muskeln stammende, und liess sich durch zeitweise ausgeführte Marly-Kompression ziemlich leicht beherrschen. Mit arteriellen Gefässen (etwa aa. occipitalis od. vertebralis) hatte ich gar keine Collisionen.—Auf den Grund der trichterförmig in beträchtliche Tiefe sich senkenden Wunde führte ich ein Drain ein — und vernähte die T-förmige Hautwunde.

Letztere war in 14 Tagen anstandslos verheilt.

Sofort nach dem Erwachen aus der Narkose empfand Patient eine ihn geradezu selig stimmende Veränderung seines Zustandes: nach Jahren fühlte er sich zum ersten Male schmerzfrei; er genoss in erster Linie das längst entwöhnte Behagen in Ruhe essen, und vor allem — sich der Wohltat des Schlafes überlassen zu können. Ich habe den Zustand des Patienten noch gegen 6 Jahre kontrollieren können: die Schmerzen sind gar nicht wiedergekehrt. Patient wurde wieder arbeitsfähig, und ist, trotz seiner vorgerückten Jahre, ein rüstiger, lebensfroher Mann geworden. — Sofort nach der Operation konstatierte ich eine anästhetische Zone, die, etwa von Handtellergrösse, über dem oberen Hautschnitte gelegen war; gegen die Grenzen der früher hyperästhetischen Region hin, war ein Rest von Empfindung sowohl bei leisem Betasten wie

auch gegen leise Nadelstiche vorhanden. Nach etwa 1½ Jahren hatte sich auch innerhalb der anfangs anästhetischen Zone bis zu einem gewissen Grade taktiles Empfindungsvermögen wieder eingestellt; doch blieb es auch in der Folge entschieden abgeschwächt und hatte Eigentümlichkeiten aufzuweisen, über die Patient nur unbestimmten Aufschluss zu geben vermochte; er behauptete er habe dort ein Stück Haut, das sich so anfühlte als ob „es nicht ihm, sondern einem Anderen gehörte". Irgend welche Beeinträchtigung seines Wohlbefindens bereitete ihm diese parästhetische Zone in keiner Beziehung.

Krankengeschichte II.

In meinem II. Falle handelte es sich um einen 60-jährigen Herren, der seit jeher sich einer sehr guten Gesundheit erfreut hatte. An Malaria hat er nie gelitten, eine luetische Infektion wird mit grosser Bestimmtheit negiert. Abusus alkoholi hat nie stattgefunden; Patient hat auch nie geraucht.

Vor 1½ Jahren liess sich Patient wegen eines kleinen entzündeten Hautknotens (vereiterte Lymphdrüse?) in der linken Oberschlüsselbeingrube von einem Arzte eine Incision ausführen; es entleerte sich etwas Eiter, und die Wunde heilte im Laufe von 2 Wochen. Bald darauf empfand aber Patient in der Narbe von Zeit zu Zeit sich einstellende heftige, stechende und brennende Schmerzen. Sie waren anfangs streng auf den Bereich der Narbe lokalisiert, nach etwa 2 Monaten breiteten sie sich jedoch über die ganze linke Halsseite aus. Zu Beginn der Erkrankung hatte Patient zwischen den bald seltener, bald häufiger sich einstellenden Schmerzattaquen ganz schmerzlose Intervalle. Seit etwa anderthalb Jahren empfindet er aber beständig sehr unangenehme Sensationen, ein Prickeln und Stechen in der Narbe und in der Haut der linken Halsseite. Seit 4 Monaten stellten sich die Anfälle so häufig ein und wurden so heftig, dass seine Nachtruhe ganz empfindlich gestört wurde. Unvorsichtige Bewegungen des Kopfes, aber auch die mit dem Kauen verbundenen Bewegungen des Unterkiefers lösten Schmerzanfälle aus; Patient schränkte daher schon seit geraumer Zeit die Nahrungsaufnahme nach Möglichkeit ein, nahm letzter Zeit ausschliesslich nur flüssige Nahrung zu sich.

Gegen seine Leiden hat er auf den Rat verschiedener Aerzte alle möglichen Mittel versucht; doch vollständig resultatlos. Die ihn zur Zeit behandelnden Aerzte, die Doktoren v. Schwanebach und Woinoff zogen mich zur Konsultation hinzu.

Der Patient mittelgross, von kräftigem Körperbau, ist stark abgemagert und sieht sehr verfallen aus. Er geht langsam, spricht flüsternd und mit monotoner Stimme; vermeidet seine mimischen Muskeln in Bewegung zu setzen, und öffnet den Mund beim Sprechen möglichst wenig. Den Kopf hält er zur linken Schulter geneigt und stützt ihn meist mit der linken Hand.

In der Mitte der linken Schlüsselbeingrube, etwa 2 Cm. über und hinter der Mitte des linken Schlüsselbeins, am vorderen Rande des Musc. trapezius, befindet sich eine flache, blasse, etwa rubelgrosse Narbe, die mit den unterliegenden Teilen verwachsen und daher nicht verschieblich ist (Stelle der Incision). Jede etwas derbere Berührung dieser Stelle ruft sofort eine sehr starke Schmerzattaque hervor, welche sich von diesem Punkte über die ganze linke Halsseite bis zum Unterkiefer, zum linken Ohr und in die linke Mastoidealgegend hin erstreckt. In schwächerem Grade strahlen die Schmerzen auch über die linke Klavikel und nach hinten über die Schulter — Nackenlinie aus. Die Hinterkopf- und Nackengegend bleiben jedoch schmerzlos. Die Schmerzen halten mit grosser Intensität ungefähr 4—5 Minuten an, und lassen dann in ihrer Heftigkeit nach, sodass nach Ablauf von 10—12 Minuten der Patient vor ihnen wieder Ruhe hat. Während des Anfalls wimmert und krümmt sich der sonst sehr willensstarke Mann.

Betastet man den zur Zeit des Anfalls schmerzhaften, sehr ausgedehnten Hautbezirk während eines anfallfreien Intervalls, so empfindet Patient die Berührung der Hand, selbst eine sehr zarte, durchaus unangenehm. Hinter dem aufsteigenden Kieferast, vor dem Ohrläppchen, ist ein Punkt, der bei jeder Berührung, auch der leisesten, äusserst schmerzhaft ist; desgleichen ein Punkt, der etwas unter der Spitze des linken Proc. mastoideus gelegen ist. Am hinteren Rande des M. sterno-cl. mast. findet sich dagegen kein typischer Schmerzpunkt. Trophische od. vasomotorische Störungen sind an dem afficierten Hautbezirke nicht vorhanden.

Die Untersuchung der inneren Organe und übrigen Körperteile ergiebt nichts Erwähnenswertes — bis auf die Anzeichen einer recht weit vorgeschrittenen Arteriosklerose.

Wir einigten uns mit den Kollegen, dass es sich im vorliegenden Falle um eine Neuralgie handele, die in folgenden Nervenbahnen ihren Sitz hatte: N. occipitalis min. und auricularis major et minor, nn. subcutaneus colli und nn. supraclaviculares. Von ihr befallen waren somit sämmtliche Nervenbahnen des Halsgeflechtes (der 4 oberen Halsnerven) bis auf jene des N. occipitalis major.

Als Ausgangspunkt der Neuralgie musste die im Bereiche der Supraclavicularnerven belegene Haut-Muskelnarbe angesehen werden.

Ex consilio schlugen wir dem Patienten die Excision der Narbe vor. Da er sofort darauf einging, wurde die Operation am anderen Tage unter freundlicher Assistanz des Kollegen Dr. Woinoff von mir ausgeführt.

Da der Patient vor dem Chloroform einen grossen Widerwillen hatte, und die vorgeschrittene Arteriosklerose seine Anwendung auch wenig ratsam erscheinen liess, so wurde von einer Inhalationsnarkose abgesehen und die Operation unter Cocainanästhesie begonnen.

Zunächst erfolgte die Excision der Narbe in ihrem ganzen Umfange mit Fortnahme aller mit ihr verbackener Teile der oberflächlichen Halsfascie und einiger Muskelbündel des Kapuzenmuskels. Da diese Excision im Bereiche des cocainisierten Hautbezirkes ausgeführt wurde, so verursachte sie dem Patienten fast gar keinen Schmerz. Nun erwies sich aber, dass auch nach Entfernung der Narbe die Hyperästhesie der Haut im ganzen oben beschriebenen Bezirke unvermindert weiter bestand. Ich entschloss mich daher zur systematischen Exstirpation aller sensiblen Aeste der von der Neuralgie befallenen Halsnerven. Auf eine weitere Anästhesierung des Operationsbezirkes verzichtete ich mit Bewilligung des Patienten vollständig, um durch die Angaben des Patienten sichere Anhaltspunkte für die Ausdehnung und die Grenzen der hyperästhetischen Zone zu gewinnen. Ich führte einen Schnitt, mit dem ich die Haut über dem M-sternocleidomastoideus durchtrennte; er lag seinem hinteren Rande nahe und drang nur bis auf die Fascie, ohne diese zu durchtrennen. Das obere Ende des Schnittes lag hinter der Ohrmuschel, vor dem Proc. mastoid.; das untere reichte bis zu dem durch die Narbenexcision gesetzten Defekt, in der Supraclaviculargegend. Im Unterhautbindegewebe fand ich sehr bald zuerst den quer über die Aussenfläche des Muskels hinstreichenden N. subcutan. colli medius, worauf es denn auch nicht schwer war die übrigen hier in Betracht kommenden Nervenäste an der Stelle aufzusuchen, wo sie sich, aus der Tiefe der seitlichen Halsteile hervortretend, um den hinteren Rand des Kopfnickers herumbiegen und zu subkutan liegenden Nerven werden. Zunächst präparierte ich die peripheren Verästelungen der Nerven aus dem Unterhautbindegewebe heraus; bei der grossen Verschieblichkeit der Haut war dieses nicht schwierig auszuführen; nur um einzelne vor die Ohrmuschel gelangende Endäste des n. auricul. major zu entfernen, musste ich im oberen Teil der Wunde einen 2. Hautschnitt, der nach oben und vorn gerichtet war hinzufügen, so dass beide Hautschnitte die Gestalt eines Y bildeten. Nach unten hin gelang es mir auch der feinen über die Clavicula herübergreifenden Fädchen der Supraclavicularnerven habhaft zu werden. Nachdem nun die Endausbreitungen aller hier in Betracht kommenden Nerven möglichst peripher herauspräpariert waren, schnitt ich sie allerseits mit der Scheere ab; der Patient welchem bis dazu durch das unvermeidliche Zerren an den entblössten Nervenstämmchen ganz beträchtliche, aber, wie er meinte, doch erträgliche und mit den bei seinen Anfällen überstandenen gar keinen Vergleich zulassenden Schmerzen auszustehen hatte, atmete nach der Durchschneidung der peripheren Nervenverzweigungen erleichtert auf, und die ganze bis dahin hyperästhetische Zone erwies sich nun als vollständig anästhetisch geworden.

Jetzt folgte der schwierigere Teil der Operation, bestehend in der Freilegung der Nervenstämme in der Tiefe und ihre Durchschneidung an einer möglichst central gelegenen Stelle. Ich liess zu diesem Zwecke den hinteren Rand des Kopfnickers mit einem stumpfen Haken fassen und stark nach vorn ziehen, löste den unter diesem Muskel liegenden Gefässstrang stumpf aus seinen Verbindungen mit dem nach hinten zu liegenden Zell- und Fettgewebe und liess ihn in toto mit einem breiten stumpfen Wundhaken desgleichen nach vorn ziehen. Jetzt hatte ich mir Raum geschafft, um die Nervenstämmchen, welche an dem hinteren Rande des Kopfnickers an die Oberfläche treten, auch in die Tiefe hinein zu isolieren. Das tat ich und verfolgte sie bis an den Muskelspalt, der ihnen zum Durchtritt dient; er wird begrenzt nach hinten zu vom M. scalenus med., nach vorne im oberen Teil der Wunde vom m. longus colli, im unteren vom m. scalenus anticus. Diese Muskeln wurden auseinandergezogen, und nun konnte ich den hinter ihnen liegenden Plexus cervicalis sehen. Durch vorsichtiges Entfernen des ihn umgebenden lockeren Fett- und Bindegewebes legte ich sein Flechtwerk frei, und überzeugte mich vor allem von der normalen Lage des N. phrenicus und von der Anordnung seiner ihn mit dem Plexus verbindenden Wurzelfasern; dieses musste geschehen, um unter allen Umständen einer Verletzung dieses lebenswichtigen Nervs vorzubeugen. Schliesslich ging ich daran, die von der Körperoberfläche her freipräparierten sensiblen Ner-

venstämme aus allen ihren anastomotischen Verbindungen im Bereiche des Halsnervengeflechtes mit der Scheere abzutrennen und schnitt endlich die central schon über den Plexus hinaus ragenden Wurzeln der Nerven ab. Jetzt liessen sich die aus ihrem Zusammenhang allseits gelösten Nerven ganz aus dem Körper entfernen.

Die beträchtlich lange Hautwunde wurde vernäht; an 2 Stellen (am unteren Ende und an der der grössten Tiefe der Wunde entsprechenden Stelle) wurden Drainröhren zwischen die genähten Wundränder gesteckt. Nach 7 Tagen wurden diese, nach 8 Tagen die letzten Nähte entfernt.

Patient fühlte sich nach der Operation vollständig schmerzfrei, und blieb es auch bis zu seinem 5. Monate nach der Operation erfolgten Tode. Letzterer wurde herbeigeführt durch eine rasch wachsende Tonsillargeschwulst (höchstwahrscheinlich ein Sarcom) deren Anfänge zur Zeit der von mir ausgeführten Nervenresektion wohl vorhanden waren, die aber erst in der Folge schwere Erscheinungen hervorzurufen begann. Unter beständig zunehmenden Schlingbeschwerden erfolgte der Tod an Inanition.

Nach der Operation bestand beim Patienten noch etwa 2½ Monate reine vollständige Anästhesie der ganzen linken Halsseite. Erst später begann an den Grenzen des operierten Hautbezirkes, oben in der Unterkiefer- und Ohrgegend, und unten über der Klavikel eine normale Empfindlichkeit von der Umgebung her in die grosse anästhetische Zone hineinzuwachsen.

Ueber die klinischen Erscheinungen unserer beiden Fälle ist nicht viel zu sagen; es sind eben typische Fälle von Neuralgie des N. occipitalis magnus und der Cervicalnerven.

Ungewöhnlich ist nur im ersten Falle die haarscharfe Begrenzung der Schmerzen auf die Bahnen des Occipitalis magnus — sie ist ungewöhnlich insofern, als bei schweren Neuralgien dieses Nervs die Schmerzen meist auf die Ausbreitungen der benachbarten Nerven auszustrahlen pflegen. Am ehesten pflegt noch die Neuralgie des N. occipitalis magn. eine streng isolierte zu bleiben, wenn in der Aetiologie ein Trauma eine Rolle spielt; hiervon war aber in unserem Falle nicht die Rede.

Gerade ein diesem entgegengesetztes Verhalten finden wir im 2. Falle. Die Aetiologie dieses Falles ist insofern eine traumatische, als eine Operation die Veranlassung zur Entstehung jener Narbe war, die durch Zug und Druck auf die kutanen Verzweigungen des N. supraclavicularis die Neuralgie hervorrief. Von primären Neuralgien des N. supraclavicularis weiss die neurologische Literatur soviel mir bekannt ist, sehr wenig; wenn der N. supraclavicularis erkrankt, was übrigens sehr selten passiert, so handelt es sich stets um auf ihn von anderen Nerven fortgeleitete Neuralgien. In unserem Falle ist nun der N. supraclavicularis nicht nur der primär neuralgisch erkrankte Nerv, sondern er bildet auch den Ausgangspunkt einer sich auf die vier höher liegenden Halsnerven (nn. subcutaneus colli, auricularis maj. und minor und occipitalis minor) verbreitenden Neuralgie. Diese macht nun in sehr ausgesprochener Weise vor dem obersten Stamm, dem N. occipital. maj. Halt. Das ist wiederum sehr auffallend; denn es kommt sehr selten vor, dass der Hinterkopf bei ausgebreiteten und heftigen Cervicalneuralgien von Schmerzen ganz verschont bleibt.

Ueberhaupt finden wir in den einzelnen Fällen von Occipital- und Cervicalneuralgien eine auffällige Inkonstanz in der Grösse und der Begrenzung der von den Schmerzen befallenen Hautbezirke. Meist sucht man die Erklärung hierzu in den sehr grossen Unregelmässigkeiten und Variationen, welchen die kutanen Ausbreitungsbezirke der peripheren Hautzweige der hier in Betracht kommenden Nerven und ihre ganz an der Peripherie liegenden Anastomosen unterliegen.

Dass dies seine Berechtigung hat, will ich selbstverständlich garnicht bestreiten. Ungleich wichtiger scheint es mir aber, dass der Chirurg sich dessen erinnere, dass auch **in der Tiefe** zwischen den einzelnen Stämmen der Halsnerven mannigfache und vielfachem Wechsel unterworfene Verbindungen existieren, und zwar ganz besonders im Gebiete des Halsgeflechtes. Für den Aufbau dieses Geflechtes hat die Natur allerdings ein bestimmtes Schema geschaffen; sie durchbricht es aber oft genug, indem sie vom allgemeinen Typus abweichende anastomotische Faserbündel zwischen den Nervenstämmen des Plexus cervicalis sich ausspannen lässt. Obgleich der Plexus cervicalis schon oft das Objekt eingehender anatomischer Studien gewesen ist, bedarf es nur der Präparation verhältnismässig weniger Leichen, um neue Kombinationen in der Anordnung dieser von Nerv zu Nerv ziehenden Verbindungsbrücken aufzufinden; so ist es auch Zumstein gegangen, der auf Krauses Anregung 14 Leichen auf diese Verhältnisse hin untersucht hat.*)

Diese tief centralwärts an den Nerven des Halsgeflechts befindlichen Anastomosen scheinen mir für die Ueberleitung neuralgischer Schmerzen aus dem Hautgebiete des einen Nervenstammes in den eines benachbarten noch wichtiger zu sein als die ganz peripher in der Haut befindlichen. Der Chirurg, der an die Operation der Occipital- und Cervicalneuralgien herantritt, tut jedenfalls gut, ihrer nicht zu vergessen; wie weit sie auf den modus procedendi bei der Operation bestimmend einwirken sollen — hierüber später.

In den beiden mitgeteilten Fällen können wir uns mit dem Erfolge der Operation durchaus zufrieden erklären. Wir können im ersten Falle (Occipitalneuralgie) mit dem besten Recht von einer durch die Operation erzielten vollständigen Heilung sprechen, denn noch 5 Jahre nach der Operation hatte sich keine Spur eines Recidivs eingestellt. In unserem 2. Falle können wir wegen der kurzen Lebensdauer des Kranken (5 Monate) selbstverständlich kein abschliessendes Urteil abgeben. Immerhin spricht das Freibleiben des Operierten von allen Schmerzanfällen im Laufe von 5 Monaten doch sehr zu Gunsten einer definitiv eingetretenen Heilung. Ausserdem lag gerade dieser Fall so dass wenn überhaupt, so gerade hier eine solche erwartet und mit Sicherheit voraus gesehen werden konnte, denn mit der Entfernung der über dem Schlüsselbein befindlichen Narbe war ja auch der Ausgangspunkt der Neuralgie, der Grund ihrer Entstehung, der Sitz des seitens des schrumpfenden narbigen Gewebes auf die Nervenfasern ausgeübten Reizes beseitigt worden. Zudem bot dieser Fall noch den Vorteil, dass der Patient selbst, da die Operation ohne Narkose und auch ohne Anwendung eines Anaesthetikums ausgeführt wurde, darüber wachen konnte, dass mit den Nervenexstirpationen nicht früher abgebrochen wurde, als bis in der gesammten bis dazu hyperästhetischen Hautzone eine vollständige Anästhesie eingetreten war.

Vergleichen wir unsere Operationsresultate mit denen, über welche Krause und Jastrowitz von ihren Kranken berichten, so ergiebt sich, dass Krause in seinen beiden ersten Fällen auch sehr gute definitive Resultate erzielt hat. Die Fälle be-

*) F. Krause. l. c. Beiträge zur kl. Chir. Bd. 24, p. 272 ff.

treffen eine 54-jährige Frau und einen 33-jährigen Mann mit sehr ausgebreiteten Neuralgien im Gebiet der Occipito-cervicalnerven. Beide Kranke wurden nach der Operation völlig schmerzfrei und blieben es auch während der Beobachtung von 1 und $1^1/_2$ Jahren.

Im 3. Falle Krause's war der Erfolg kein völlig befriedigender. In den ersten Wochen nach der Operation bestand zwar vollständige Schmerzlosigkeit; später traten aber wieder Schmerzen auf, die aber von geringerer Heftigkeit und Dauer waren wie zuvor, und sich auch viel seltener einstellten. Krause selbst giebt die Erklärung für das Ausbleiben des vollen Erfolges: die 33-jährige Dame litt an einer schweren Neurasthenie, und ausser der durch Krause operativ in Angriff genommenen sehr heftigen Occipitalneuralgie bestand noch Gesichtsschmerz, der anderwärts bereits Veranlassung zu einer Resektion des N. infraorbitalis gegeben hatte.

Bekanntlich geben alle jenen Fälle, in denen die Neuralgie auf Grundlage eines centralen Nervenleidens oder eines allgemein nervösen, neurasthenischen od. hystherischen Zustandes auftreten, bezüglich der Operationsresultate eine schlechte, oder wenigstens nicht sehr günstige Operationsprognose; wir wissen aus der grossen, auf dem Gebiet der Trigeminusneuralgien gesammelten Erfahrung, dass nur jene Neuralgien mit einiger Aussicht auf radikalen Erfolg zum Gegenstande der chirurgischen Behandlung (mit Inbegriff der Ganglienexstirpation) sich eignen, deren Ausgangspunkt noch im Bereiche des peripheren Abschnittes der Nerven liegt, während alle neuralgischen Schmerzen, die auf Läsionen des centralen Nervensystems beruhen, schlechte oder mindestens dubiöse Operationsresultate geben. Hierauf habe ich schon eingangs dieser Abhandlung, als ich mit einigen Worten der allgemeinen Indikationen für die operative Behandlung der Neuralgien Erwähnung tat, hingewiesen; es sei aber diese Einschränkung des Indikationsgebietes der Nervenresektionen hier noch einmal hervorgehoben, weil sie für die Einschätzung des Wertes aller gegen die Neuralgien gerichteter operativer Eingriffe von grosser Bedeutung ist. Wer also bei Ausführung einer Nervenresektion nie eine Niete sondern ausschliesslich nur gute Lose ziehen will, der gehe jeder derartigen Operation aus dem Wege, sobald ein zentrales Leiden nicht mit grösster Gewissheit ausgeschlossen werden kann. Eine vollkommene Heilung konnte in dem 3. Krause'schen Falle gar nicht erwartet werden, und wir verstehen durchaus dass Krause erst „nach langem Schwanken" sich zu der Operation entscheiden konnte. Und er tat, unserer Meinung nach, recht daran, sich zur Operation zu entschliessen, denn durch die Operation ist der Kranken immerhin eine Wohltat erwiesen worden, da die Schmerzen nach dem operativen Eingriff entschieden weniger quälend waren, als vorher.

Ein teilweiser Erfolg wurde endlich auch in dem von Jastrowitz berichteten Falle erzielt. Er betraf einen 51-jährigen Herrn, höheren Militär, den Jastrowitz seit 14 Jahren wegen einer auf die Bahnen der N. occipitalis minor und auricularis major beschränkten, aber äusserst quälenden Neuralgie beobachtete. Als Entstehungsursache der Erkrankung galt Erkältung. Der Erfolg war „kein radikaler", sond. bestand „nur in erheblicher Besserung", die sich in „bedeutender Milderung der „Schmerzen sowie in einer ansehnlichen Abnahme „der reflektorischen Zuckungen des Kopfes zu erkennen gab". In diesem Falle könnte der Grund des nur teilweisen Erfolges in der vom Operateur angewandten Operationsmethode liegen. Soweit sich nämlich aus der sehr kurzen Operationsbeschreibung urteilen lässt, scheint in dem Jastrowitz'schen Falle die Nervenresektion nicht radikal genug gewesen zu sein: sie beschränkte sich auf die Entfernung eines 4 Cm. langen Nervenstückes; dabei wird aber nicht gesagt, wie weit die Nervenstämmchen in die Tiefe verfolgt worden sind, und namentlich nicht, in welcher Tiefe sie proximal abgetragen wurden. Eine Dehnung der zentralen Stümpfe, wie sie in diesem Falle ausgeführt wurde, dürfte keineswegs als Ersatz einer höher zentralwärts vorzunehmenden Durchschneidung gelten — ganz abgesehen davon, dass diese Manipulation aus Gründen, die ich weiter unten noch zu nennen haben werde, an den hier vorliegenden Nerven als ganz unzulässig angesehen werden muss.

Auf eine nähere Beschreibung der Operationstechnik will ich an dieser Stelle nicht eingehen. Sie würde im Wesentlichen auf eine längere anatomische Abhandlung hinauslaufen, denn der Schwerpunkt bei der Ausführung der hier in Rede stehenden Operationen liegt vorzugsweise in der subtilen Berücksichtigung einer ganzen Menge anatomischer Details der Nacken- und seitlichen Halsregionen. Eine feste Kenntnis sämtlicher anatom. Eigentümlichkeiten des Operationsterrains ist hier für den Chirurgen unerlässliche Bedingung. Alles nötige findet er in den Handbüchern der beschreibenden und topographischen Anatomie, von denen obenan genannt seien die Werke Henle's, Luschka's Fr. Merkel's. Diese seien ihm angelegentlichst empfohlen. In einer für seine Zwecke noch geeigneteren Weise findet der Chirurg alles, was er bei der Operation zu berücksichtigen hat, in den mehrfach bereits zitierten Arbeiten Krause's übersichtlich zusammengestellt.

Meine beiden Operationen habe ich ausgeführt, bevor Jastrowitz's Mitteilung (1898) und bevor die Arbeit Krause's erschienen war. Beim Lesen dieser Abhandlung freute es mich sehr, konstatieren zu können, dass die Aufgabe, die ich mir bei der Ausführung meiner Operationen gestellt hatte, im wesentlichen vollständig zusammenfiel mit den Forderungen, die Krause an eine operative Behandlung der Occipitalneuralgien stellt, sofern diese ihren Zweck erfüllen, d. h. den Kranken vollständig und endgültig von seinen Neuralgien befreien sollen.

Ich sagte mir damals folgendes. Es handelt sich um die Entfernung einer Reihe von sensiblen Nervenstämmen die sämmtlich Abkömmlinge der 4 obersten Cervikalnerven sind. Ihr ursprüngliches und direktes Verhältnis zu den Cervikalnerven erfährt jedoch eine wesentliche Störung durch den Plexus cervicalis. Durch verbindende Nervenfäden, welche hier zwischen den Stämmen ausgespannt sind, erleidet die Faserung der Stämme, zum Teil wenigstens, eine Umgruppierung. Durch die von Nerv zu Nerv geschlagenen Brücken erfolgt eine Durchflechtung und Kreuzung der ursprünglich in den Cervikalnerven herrschenden Nervenfaseranordnung. Hierdurch wird es möglich gemacht, dass auch neuralgische Reizzustände mittelst dieser von Nerv zu Nerv ziehenden Verbindungsäste aus den Bahnen des einen Nervs in die Bahnen eines benachbarten und mit ihm also verbundenen hinüberfliessen kön-

nen. Hieraus zog ich den Schluss, dass es bei Behandlung der Cervikalneuralgien nicht genüge, den erkrankten Nerv ein gut Stück Weges von der Körperfläche her freizulegen und ihn dann einfach „in der Tiefe“ abzuschneiden; sondern es kommt darauf an, ihn bis in's Geflecht und sogar womöglich noch darüber hinaus sich vollständig zugänglich zu machen, damit alle seine Verbindungen und Anastomosen mit den Nachbarstämmen überschaut und isoliert werden können. Denn um dem Fortbestande oder der Wiederkehr einer Neuralgie vorzubeugen, ist es unbedingt erforderlich, alle die erwähnten verbindenden Fäden zu durchschneiden; der zu entfernende Nerv selbst muss an einer Stelle durchschnitten werden, die oberhalb (proximal) von allen anastomotischen Seitenbahnen liegt. — So lange man diese Forderungen nicht erfüllt, führt man nur periphere Nervenresektionen aus. Was man von deren Zuverlässigkeit bezüglich eines Dauereffektes zu halten hat, ist genügend bekannt. Daher kommt eben alles darauf an, die kranken Nerven in der eben geschilderten Weise radikal zu exstirpieren.

Von ganz analogen Prinzipien hat sich Krause bei der Operation seiner drei Fälle leiten lassen. Er resumiert seine Ausführungen über diese Frage mit folgenden Worten: die Durchtrennung der neuralgisch affizierten Nerven soll „möglichst nahe der „Wirbelsäule stattfinden, damit zugleich alle ana„stomotischen Aeste, die sonst die Neuralgie unterhalten können, ausgeschaltet werden.“

Da wir beide ganz gleiche Ziele verfolgten, ist es auch erklärlich, dass wir eine fast bis ins Detail gleiche operative Technik anwandten; und dass unsere Resultate im Wesentlichen auch gleiche waren — darüber ist schon oben die Rede gewesen.

Es wäre nun noch die Frage zu erledigen, ob man die Exstirpation der Cervikalnerven nicht noch radikaler gestalten könnte durch die Ausrottung ihrer Spinalganglien, nach dem Vorbilde der Ausrottung des Gasser'schen Knotens bei der gegen die schweren Neuralgien des Trigeminus gerichteten Operationen?

Um auf diese Frage eine Antwort zu geben, muss man sich vergegenwärtigen, dass die Halsnervenganglien, mit einziger Ausnahme der beiden obersten, nach Analogie sämmtlicher Spinalganglien, in den Intervertebrallöchern liegen, somit eine durch Knochenteile sehr geschützte, tief versteckte Lage haben. Ohne eine Knochenoperation lässt sich also an die Spinalganglien nicht herankommen.

Ferner ist zu berücksichtigen, dass die Spinalganglien in einem sehr innigen Connex mit der Dura mater spinalis sich befinden. Die Excision der Spinalganglien gestaltet sich somit zu einer komplizierten und obendrein nicht ganz ungefährlichen Operation. Die Gefahr ist nun in Bezug auf die Halsnervenganglien eine besonders grosse, da eine Verletzung des Rückenmarks und seiner Häute im Bereiche des Halsmarks doch von ungleich schwereren Folgen begleitet sein dürfte, als an einer tiefer liegenden Partie des Rückenmarks. — Diese Bedenken, die gegen den Versuch einer Ausrottung des III und IV Spinalganglions sprechen, werden auch von Krause geteilt. Man tut deswegen, meiner Ansicht nach gut, sich an den Versuch einer Ganglienexstirpation bei Neuralgien in den Bahnen des n. occipital. minor, beider Auriculares, des subcutaneus colli und der nn. supraclaviculares nicht zu wagen.

Ganz anders liegt aber die Frage bezüglich der Excision des Knotens des II Halsnerven, aus welchem der n. occipital. maj stammt. Hier fällt jedes Bedenken fort. Die von dem Bau der übrigen Wirbel so beträchtlich abweichende Configuration der 2 obersten Halswirbel, das Fehlen der Gelenk- und auch eigentlicher Querfortsätze und die hieraus resultierenden Eigentümlichkeiten der Verbindungen der obersten 2 Halswirbel untereinander, mit dem Os occipitale und dem III. Halswirbel bringen es mit sich, dass es an ihnen gar keine Intervertebrallöcher giebt; die 2 obersten Spinalganglien sind somit blos von Weichteilen umgeben; sie sind zudem von den Hüllen des Rückenmarks relativ weit abgerückt und von ihnen obendrein noch durch das straffe und feste Lig. obturatorium atlantico-occipitale resp. atlantico-epistrophicum getrennt. Es ist folglich das 2. Halsganglion dem Messer oder der Scheere ohne Zuhülfenahme aller Knocheninstrumente sehr gut zugänglich und kann sehr gut auf dem Wege, den Krause und ich zur Freilegung des Stammes des II Cervikalnerven beschritten haben, excidiert werden. Wir waren beide eigentlich auch schon bis zu ihm vorgedrungen. An Leichen habe ich mich nachträglich von der Ausführbarkeit seiner Excision überzeugt; zu demselben Resultat gelangte auch Krause auf Grund eigener Leichenversuche.

In technischer Beziehung steht somit der Ausrottung des II Halsknotens, bei Neuralgien des N. occipitalis maj. nichts im Wege.

Es bleibt nur die Frage, ob sie notwendig ist.

Die Diskussion hierüber könnte mich auf das weite und noch keineswegs vollständig aufgeklärte Gebiet der Frage über die Bedeutung der Ganglien, inkl. des Ganglion Gasseri, für die Regenerationsfähigkeit exstirpierter peripherer Nervenäste führen. Dieser Diskussion gehe ich aber hier geflissentlich aus dem Wege, und begnüge mich mit dem Hinweise darauf, dass Occipitalneuralgien auch ohne Ausrottung des II Halsganglions geheilt werden können; den Beweis dafür liefern mein eigener und die beiden ersten der Krause'schen Fälle. Sodann haben sich von jeher gewichtige Stimmen dagegen ausgesprochen, dass die Exstirpation des Ganglion Gasseri unbedingt gegen Rezidive der Trigeminusneuralgie in den excidierten Nervenstrecken schütze (Thiersch, Horsley und And.).

Aber auch neuere Erfahrungen haben den Wert der Ganglienausrottung noch nicht endgültig in positivem Sinne dargelegt; zu den früheren, vielleicht nicht ganz einwandfreien Beobachtungen von Wiederkehr der Neuralgie nach wirklich gelungener Exstirpation des Gasser'schen Knotens sind neuerdings Fälle veröffentlicht worden, die eigentlich keinen Zweifel darüber aufkommen lassen, dass in der Tat eine überraschend umfangreiche Regeneration von markhaltigen Nervenfasern an Stelle der entfernten Trigeminusäste auch nach unzweifelhafter, weil durch Wiederholung der Operation oder Autopsie kontrollierter, Ausrottung des Gasser-schen Knotens, sehr wohl stattfinden kann [Fälle von Garré [7]) und Perthes [8]].

Zum Schluss sei darauf hingewiesen, dass die Thiersch'sche Nervenausdrehung an den Nerven des Halsgeflechtes unbedingt unzulässig ist. Die Nähe für die wichtigsten Lebensfunktionen höchst

---

[7]) Garré: Ueber Nervenregeneration nach Exstirpation des Ganglion Gasseri als Ursache recidivir. Trigeminusneuralgie. Arch. f. kl. Ch. Bd. 59 p. 379, 1899.

[8]) Perthes: Erfahrungen über Nervenregeneration nach Extraktion von Nerven wegen Trigeminusneuralgie. Deutsch. Zeitsch. f. Chir. Bd. 77 p. 401, 1905.

bedeutsamer Nerven und vor allen Dingen die Nähe des Halsmarks verbieten direkt die Anwendung dieses in dem Umfang seiner Wirkungen ganz unkontrollierbaren Verfahrens.

Ueber Tetanus-Erkrankungen im russisch-japanischen Kriege.

(Aus dem eigenen Lazarett I. M. der Kaiserin-Wittwe).
(Chefarzt Prof. W. Zoege von Manteuffel).

Von

Otto Hohlbeck.

Unter den verschiedenen Wundinfektionskrankheiten, die dem Arzt in Kriegszeiten zu Gesicht kommen, fordert der Tetanus, trotz verbesserter Wundpflege und Antitoxinbehandlung, nach wie vor die meisten Todesopfer. Während des russisch-japanischen Feldzuges beobachteten wir in unseren Lazaretten unter 1162 Verwundeten vierzehnmal das Auftreten von Tetanus, welcher in dreizehn Fällen zum Tode führte.

Die Infektion geschieht wohl grösstenteils auf dem Schlachtfeld. Die Wunde kommt, bevor der erste schützende Verband angelegt, in Berührung mit dem Erdboden, oder aber sie wird durch vom Projektil mitgerissene, mit Erde verunreinigte Kleidungspartikel infiziert. Es ist im Laufe dieses Krieges viel darüber gesprochen worden, dass die Tetanusinfektion auch beim Transport der Verwundeten stattgefunden haben soll und zwar in den mangelhaft gereinigten Güterwagen der Eisenbahn. Während der grossen Schlachten bei Liaojan, Schahe, Sandepu und Mukden wurden allerdings die eben von den neuankommenden Mannschaften verlassenen Wagen benutzt um die Verwundeten aus der Feuerlinie bis zum nächsten Hauptpunkt der Bahn, in den genannten Fällen den Stationen Liaojan und Mukden, zu befördern. Ein Teil der Wagen, die zum Pferdetransport benutzt worden waren, blieb oft gleichfalls ungereinigt. Ausserdem waren selbstredend viele der Wagen von früheren Fahrten her in nicht allzu sauberem Zustande. Es kam auch vor, dass die Verwundeten längeren Transporten von ein bis zwei Tagen in solchen wenig zugerichteten Wagen unterworfen wurden. Die Möglichkeit der Infektion auf diesem Wege ist nicht von der Hand zu weisen. Mehr als eine Möglichkeit ist es aber nicht, da ein positiver Nachweis, wo die Infektion stattgefunden hat, nicht erbracht werden kann. Dagegen ist anzuführen, dass die Verwundeten in der Mehrzahl der Fälle in die Waggons plaziert wurden nachdem sie mit Verbänden versorgt waren. Die Wahrscheinlichkeit ist grösser, dass die Infektion bei der Verwundung selbst stattgefunden hat. Dafür scheint auch der Umstand zu sprechen, dass in der Mehrzahl unserer Fälle (elf von vierzehn) die starke Verunreinigung der Wunde durch mitgerissene Kleidungspartikel, namentlich Mantelfetzen u. s. w. konstatiert werden konnte. Es liegt auf der Hand, dass der Mantel, die Fussbekleidung u. s. w. nicht zu den saubersten Stücken des Soldatenanzuges gehören. Beim Schlafen, Liegen in den Laufgräben und beim Marsch findet eine so innige Berührung dieser Teile mit dem Erdboden statt, dass sie leicht mit Tetanusbazillen infiziert werden können, wie dieses die in letzter Zeit auf Hecker's Anregung hin angestellten Untersuchungen von Uhlenhuth und Händel schon für die Friedenszeit ergeben haben. Bei den mit Tetanus Infizierten unserer Beobachtungsreihe lagen die Wunden, mit einer Ausnahme, an Körperstellen, die durch Kleidungsstücke bedeckt sind: fünfmal an Schulter und Arm, viermal am Rücken, viermal am Unterschenkel und nur einmal an einer ungeschützten Stelle am Unterkiefer (rekochettiertes Mantelgeschoss). Wenn die Kleidungsstücke einerseits die Wunde vor direkter Berührung mit dem Erdboden schützen, so sind es andrerseits die schon vorher verschmutzten Teile derselben, die durch das Geschoss in die Tiefe gerissen, die Infektion vermitteln können.

Wir haben nicht den Eindruck gewonnen, dass uns einzelne Schlachten oder Verwundetentransporte besonders viel Tetanuskranke geliefert hätten. Die Erkrankungen verteilen sich ziemlich gleichmässig auf die einzelnen Perioden unserer Tätigkeit. Sehen wir uns das Verwundeten-Material nach den einzelnen Schlachten an, so finden wir folgendes. Nach der Schlacht von Wafangou, 1. bis 2. Juni a. St. 1904, nahmen wir in unser Lazarett zu Kaidschou, neunzig Werst nördlich von Wafangou, dreihundert und zwanzig Verwundete auf. Das Lazarett wurde nach viertägiger Tätigkeit wegen Rückmarsch unserer Truppen geschlossen. Unter diesen Verwundeten sahen wir keine Fälle von Tetanus auftreten. Doch war die Beobachtungszeit nach der Schlacht, sechs Tage, eine zu kurze um ein endgültiges Urteil zu fällen. Die Kämpfe im Juli 1904 bei Daschizao, vor Haitschen und beim Ost-Détachement des Grafen Keller brachten in unser Liaojaner Lazarett im ganzen zweihundert und fünfzig Verwundete, welche durchschnittlich fünf Tage in unserer Behandlung blieben. Auch unter diesen beobachteten wir keine Fälle von Tetanus. Vom August 1904 an fungierte unser Lazarett als Etappenlazarett auf der Bahnstrecke Mukden—Charbin in Gundschulin, ca. 180 Werst von Mukden entfernt. Hier hatten wir nach den Schlachten von Liaojan, Schahe, Sandepu und Mukden eine Reihe von fast ausschliesslich Schwerverwundeten zu verpflegen. Die Tetanusinfektionen während dieser Periode verteilen sich wie folgt:

nach	Liaojan VIII. 04 . .	66	Verwundete	1	Tetanusfall
»	Schahe IX. X. 04. .	70	»	2	Tetanusfälle
»	Sandepu I. 05 . . .	158	»	3	»
»	Mukden II. 05 . . .	167	»	7	»

Die Sterblichkeit wird durch folgende Zahlen illustriert:

nach	Liaojan	starben	von	66	Verw.	17	darunter	1	an	Tetanus
»	Schahe	»	»	70	»	17	»	2	»	»
»	Sandepu	»	»	158	»	15	»	3	»	»
»	Mukden	»	»	167	»	31	»	6	»	»

Von den in den Zwischenzeiten eingelieferten 131 Verwundeten erkrankte an Tetanus einer. Wir haben also genau gerechnet auf 592 Verletzte 14 Tetanusfälle zu verzeichnen.

Es macht den Eindruck als wenn sich die Zahl der Tetanuserkrankungen vergrössert hätte, doch sei nochmals darauf hingewiesen, dass wir in Gundschulin die Patienten bedeutend länger, durchschnittlich bis vier Wochen nach der Schlacht, im Lazarett beobachten konnten. Andrerseits ist es eine feststehende Tatsache, dass die Zahl der Infektionen im Allgemeinen in den Wintermonaten bedeutend grösser war als in der wärmeren Jahreszeit. Die mangelhaftere Körperpflege, die dickere Kleidung trugen häufiger, namentlich bei Shrapnell und Granatverletzungen, zur Verunreinigung der Wunden bei.

Von unseren Verwundeten sind nur drei durch Mantelgeschosse verletzt worden, alle übrigen durch

grobe Geschosse und zwar fünf durch Schrapnellfüllkugeln, sechs durch Granatsplitter und Shrapnellhülsenteile. Der Waffengattung nach sind an Tetanus erkrankt: ein Kavallerist, drei Artilleristen und zehn Infanteristen. Die Erkrankten standen im Alter von 23 bis 40 Jahren. Der grösste Teil der Verwundeten (sechs) kam erst am fünften Tag nach der Schlacht in unsere Behandlung. Drei Patienten kamen am dritten und ebenso viele am vierten Tage. Am sechsten und siebenten kam je ein Verwundeter. Die Vorbehandlung hatte in Verbänden bestanden. Keiner der Patienten war prophylaktisch mit Serum behandelt worden.

In acht Fällen handelte es sich um Schussfrakturen: einmal Unterkiefer, einmal Rippe, einmal Vorderarm und Rippe, zweimal Oberarm, dreimal Unterschenkel. In den übrigen Fällen lagen Weichteilwunden vor: am Thorax einmal, in der Lumbalregion zweimal, am Oberarm und am Unterschenkel je einmal. Bei einem Patient. bestand eine ausgedehnte Verbrennung des Vorderarmes in Folge einer Bombenexplosion. Um multiple Verletzungen handelte es sich in vier Fällen. Keiner der Verletzten trat mit Tetanuserscheinungen in's Lazarett ein, so dass die Patienten nach den im Lazarett für infizierte Schusswunden üblichen Regeln behandelt wurden. Grosse äussere Wunden wiesen nur vier Fälle auf (die Schussfrakturen der Unterschenkel und eine des Unterarmes). Von diesen waren zwei (Unterschenkelschüsse) sichtbar mit Erde verunreinigt. Beide mussten wegen der ausgedehnten Weichteilverletzungen amputiert werden. In den übrigen neun Fällen entsprachen die Wunden ungefähr dem betreffenden Projektil, oder waren um weniges grösser als der Umfang desselben. Steckenbleiben der Geschosse wurde fünfmal beobachtet. Fast bei allen Patienten bestand, wie ich bereits anführte, Eiterung. Der Eiter war mehrfach von stark üblem Geruch, was ich in sechs Krankengeschichten besonders notiert finde. Doch war dieser spezifische Geruch auch bei infizierten Wunden anderer Verletzten, welche später nicht an Tetanus erkrankten, zu konstatieren.

Sechsmal sahen wir uns veranlasst die Schusswunden beim Eintritt der Kranken zu erweitern um Abfluss für den Eiter zu schaffen. In der Tiefe fanden sich dann regelmässig viele Kleiderfetzen, namentlich oft Teile des Soldatenmantels. In drei Fällen von Schussfraktur des Unterschenkels (Verletzungen durch grobes Geschoss) war die Zerstörung der Weichteile und Knochen so gross, dass wir sofort zur Amputation schritten. Nichts desto weniger trat zweimal am dritten und einmal am sechsten Tage nach der Absetzung des Gliedes Tetanus auf. Alle drei Fälle verliefen letal. Ein vierter musste am ersten Tage nach Ausbruch des Starrkrampfes (neun Tage nach der Verwundung — Granatsplitterverletzung des rechten Ellbogengelenkes mit ausgedehnter Knochenzertrümmerung) amputiert werden, gleichfalls ohne Erfolg.

Das erste Auftreten der Tetanussymptome beobachteten wir:

am	6.	Tage	bei	1	Fall
„	8.	„	„	4	„
„	9.	„	„	2	„
„	10.	„	„	3	„
„	11.	„	„	1	„
„	14.	„	„	1	„
„	15.	„	„	1	„
„	18.	„	„	1	„

Ausser dem einen Fall, bei welchem die Tetanuserscheinungen erst am achtzehnten Tage nach der Verletzung auftraten, sind alle übrigen der Infektion erlegen. Im Laufe der ersten fünf Tage nach dem Manifestwerden des Starrkrampfes starben acht Patienten, die übrigen fünf vor Ablauf der ersten Krankheitswoche (vier von diesen wurden nach dem Ausbruch der Erkrankung in's 96. Militär-Reserve-Feldlazarett übergeführt).

Die Behandlung der Tetanischen bestand in Isolation und Darreichung von Narcoticis in Form von grossen Dosen Chloralhydrat und Morphium. Vier von unseren Patienten haben wir nach Auftreten der tetanischen Erscheinungen Serum injiziert. In weiteren vier Fällen sind die Einspritzungen im 96. Militär-Lazarett, wohin unsere Kranken übergeführt wurden, gemacht worden. Die von uns mit Serum behandelten Fälle sind folgende:

Fall I. Kulischoff. Koslowsky Reg. Verwundet bei Liaojan am 20. August 1904 durch Mantelgeschoss. Einschuss 4 cm. nach links von der Mittellinie im IX Interkostalraum. Ausschuss 2 cm. über der spina ilei ant. sup. dext. E. und A. von ca. Kalibergrösse. Eingeliefert am 24. August 1904. Am 25. August Auftreten von Tetanussymptomen (am sechsten Tage nach der Verletzung). P. erhält am 25. und 26. je zwei subkutane Injektionen von Antitoxin und ausserdem Chloralhydrat. Die Serumeinspritzungen haben gar keinen Einfluss auf die Krämpfe. Am 27. August 1904 Morgens Exitus.

Fall II. Barkalewitsch. Novojermolajewsky Reg. Verwundet vor Mukden am 31. Dezember 1904 durch Schrapnellkugeln und Splitter. Einschuss vier Querfinger unterhalb der rechten Axelfalte, walnussgross. Wunden an der Nasenwurzel, am Rücken, in der rechten Glutealgegend und der rechten Hand. Wird am 2. Januar 1905 eingeliefert. Die Thoraxwunde ist fest tamponiert!! Haemoptoe. Am 7. Januar 1905 Trismus und Opisthotonus (achter Tag nach der Verletzung). Es wird Serum injiziert 30,0 Ccm. Darnach werden die Krämpfe stärker. P. erhält Chloralhydrat und Morphium. Am 8. Januar 1905 tritt plötzlich der Exitus ein. — Bei der Sektion wird konstatiert, dass eine Schrapnell-Kugel rechts die 6. Rippe zertrümmert hat, die rechte Lunge perforiert und in der linken steckengeblieben ist. Zwischen den frakturierten Enden der Rippe findet man Teile des Soldatenmantels. Ein Tetanus facialis, ausgehend von der Nasenwunde, halte ich in diesem Fall für ausgeschlossen, da Erscheinungen von Seiten des Facialis vollständig fehlten.

Fall III. Selensky. 35 Ost-Sibir. Schützen-Regim. Verwundet am 14. Januar 1905 bei Sandepu durch Granatsplitter. Eingeliefert am 18. Januar 1905. Ausgedehnte Weichteil-Verletzung auf der Streck- und Beugefläche des rechten Vorderarmes. Die Knochen frakturiert. Wunde am Thorax im IV I. C. R. längs der rechten vorderen Axillarlinie. Diese Wunde, stark verunreinigt, wird am 18. Januar erweitert. Die IV. Rippe ist frakturiert. Am 26. Januar 1905 werden die Wunden am Vorderarm erweitert und ein Débridement vorgenommen. Am 28. Januar 1905, vierzehn Tage nach der Verletzung, Tetanussymptome. P. erhält Serum 2× zu 30 ccm., aber ohne jeden Erfolg. Chloralhydrat und Morphium. Am 2. Februar 1905 Exitus letalis.

Fall IV. Nogap. Verbrennung des rechten Vorderarmes durch Granatexplosion am 12. Januar 1905 bei Sandepu. Eingeliefert den 18. Januar 1905. Verbrennung zweiten Grades des Vorderarmes und der Hand. Circa am zehnten Tage nach der Verletzung Auftreten von Tetanussymptomen. Es werden zwei Seruminjektionen gemacht, nach denen sich der Zustand sichtbar verschlechtert. Die Anfälle werden häufiger. Von den Injektionen wird Abstand genommen. Pat. erhält Chloralhydrat und Morphium. Am 29. Januar 1905 Exitus.

Wir benutzten ein Serum, welches uns vom Moskauer bakteriologischen Détachement in Charbin geliefert wurde. Die Injektionen wurden zu je 30 cm. subkutan gemacht, sofort nachdem die ersten Tetanussymptome konstatiert waren. Wie die oben angeführten Krankengeschichten zeigen haben wir eine Beeinflussung der Krankheitserscheinungen im günstigen Sinne nach den Einspritzungen nicht beobachtet. Eher hatten wir im Fall IV z. B. den Eindruck, dass die Krampfanfälle nach jeder Injektion häufiger und stärker wurden. In einem weiteren Fall (Fall II) fiel mit der Injektion gleichfalls eine Verschlimme-

rung des Zustandes zusammen. Zu dem vorher bestehenden, leichten Trismus und Opisthotonus traten anhaltende, allgemeine Krampfanfälle hinzu. Vierundzwanzig Stunden nach dem Erscheinen der ersten Symptome tritt der Tod plötzlich auf. Es handelte sich allerdings in beiden Fällen um recht akut einsetzenden Tetanus, achter (Fall II) und zehnter (Fall IV) Tag nach der Verletzung. Aber auch im Falle III, wo die Erkrankung erst am vierzehnten Tage ausbrach, sahen wir absolut keinen Erfolg nach den Injektionen. Das gleiche ist von Fall I, welcher allerdings schon am sechsten Tage tetanisch wurde, zu sagen.

Ein abgeschlossenes Urteil über die Leistungsfähigkeit der Serumtherapie beim Tetanus lässt sich zur Zeit noch nicht fällen. Es sind, wenn man die publizierten Fälle der letzten Jahre durchsieht, ebenso viel Erfolge wie Misserfolge zu verzeichnen. Doch scheint die Ansicht mehr Vertreter zu haben, dass in den akut auftretenden Fällen, bis zehn Tage nach stattgehabter Verletzung, die Serumbehandlung wenig leistet. Dieses gilt für alle Metoden der Applikation des Serums: intracerebral, subdural durch Lumbalpunktion, und subkutan, so wie für die Injektion längs der dem betreffenden Verletzungsbezirk angehörigen Hauptnervenstämme.

Auf Grund unserer ungünstigen Erfahrungen mit der Serumbehandlung bei bereits bestehendem Tetanus sahen wir uns veranlasst in den übrigen Fällen von Starrkrampf die Injektionen zu unterlassen. Vier von unseren Patienten wurden nach Ausbruch der Tetanussymptome in's 96. Militär-Lazarett gebracht und dort gleichfalls erfolglos mit Serum behandelt.

Viel mehr als von der Serumbehandlung des manifesten Tetanus ist von den prophylaktischen Injektionen zu erwarten. In Betreff der günstigen Resultate, die durch letztere erzielt worden, sind alle Autoren einig. Im Russisch-Japanischen Kriege sind, so weit mir bekannt, keine prophylaktischen Injektionen gemacht worden. Jedenfalls nicht auf den Hauptverbandplätzen (Divisionslazarett) und in den Lazaretten der vorderen Linien. Bei der meist übergrossen Zahl von Verwundeten und der fast nach allen Schlachten übermässig schnell angeordneten und durchgeführten Evakuation, selbst der schwer Verwundeten, war an eine Durchführung der Schutzimpfung in der Nähe der Front kaum zu denken, selbst wenn alle Lazarette genügend mit Serum ausgerüstet gewesen wären. Und doch hätte die Schutzimpfung hier stattfinden müssen, denn bis die Verwundeten in die stabileren Lazarette der hinteren Linie kamen, dauerte es durchschnittlich fünf Tage. Nicht allein die Frage wann und wo man impfen soll bietet Schwierigkeiten, sondern auch die Frage welche von den Verwundeten der Impfung unterliegen sollen. Es sind nicht nur die ausgedehnten, sichtbar äusserlich mit Erde verunreinigten Wunden, welche der Infektion ausgesetzt sind, sondern, wie wir dieses an unseren Fällen gesehen haben, Schussverletzungen mit einer der Kalibergrösse des Geschosses gleichen Wunde, wo aber in die Tiefe mitgerissene Kleiderfetzen die Infektionsträger darstellen. Man müsste also sein Augenmerk auch auf diese Verletzungen, namentlich durch die verschiedenen Artilleriegeschosse verursacht, richten, bei welchen die Wunde durch Kleiderpartikel verunreinigt und das Projektil eventuell stecken geblieben ist. Die Zahl der Fälle, die man zu impfen hätte, wäre somit nach unseren Erfahrungen eine recht grosse. Dem entsprechend müssten die Lazarette mit genügenden Mengen von Serum versehen sein.

Auf Grund unserer Erfahrungen komme ich zu folgenden Schlüssen:

I. Zum Zustandekommen der Tetanusinfektion bei Schussverletzungen können häufig, die in den Wundkanal mitgerissenen, mit Erde verunreinigten Kleiderfetzen beitragen

II. Die Serumbehandlung bei bestehendem, akut aufgetretenem Tetanus gibt keine günstigen Erfolge.

III. Den prophylaktischen Injektionen muss im Kriege mehr Aufmerksamkeit zugewandt werden.

Ein Beitrag zum Phosphorstoffwechsel.

Von

Egbert Koch.

Der Röhman'schen Schule verdanken wir eine Reihe grundlegender Arbeiten aus dem Gebiete des Phosphorstoffwechsels. Speziell durch die Arbeiten von Zadik, Leipziger und anderer wurde festgestellt, dass der tierische Organismus kaum im Stande sein dürfte eine Synthese aus phosphorfreiem Eiweiss und anorganischen Phosphorverbindungen herzustellen. Für den Menschen stiess die Entscheidung dieser Frage auf beteutend grössere Hindernisse. Die organischen Phosphorverbindungen aus der Nahrung vollständig zu verbannen ist ja überhaupt nicht möglich, sie aber auf ein für die Entscheidung der vorliegenden Frage genügend kleines Minimum zu reduzieren, ist schon ausserordentlich schwierig, da der menschliche Magendarmkanal nur ungern grössere Mengen anorganischer Phosphorsalze aufnimmt und verarbeitet, ohne in seiner Tätigkeit grobe Abweichungen von der Norm zu bieten.

Dr. E. Büchmann aus Odessa (Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie 1904—05 Bd. 8) war in einer grösseren Arbeit aus dem Gebiete des Phosphorstoffwechsels auf die uns hier interessierende Frage zu sprechen gekommen. Als besonders geeignet zu diesen Versuchen erwies sich das phosphorfreie Eiweiss von den Höchster Farbwerken Meister, Lucius und Brühning, hergestellt unter dem Namen Edestin. Von Dr. Büchmann, der auch in der v. Noorden'schen Klinik arbeitete und mir wurde genau das gleiche Präparat benutzt. Auf meine Bitte hin erhielt ich von den eben erwähnten Farbwerken folgende Angaben über das Edestin: es wird gewonnen, indem Hanfsamen durch Aetherextraktion vom Oel befreit werden, und das Edestin durch Kochsalzlösung den vom Oel befreiten Hanfsamen entzogen wird. Das so gewonnene Edestin wird durch Umlösen aus Kochsalzlösung und Dialyse gereinigt. Das völlig wasserfreie Präparat enthält:

N 17%
P_2O_5: 0.37% (jedenfalls als Kalciumphosphat).
Aetherextraktstoffe: 0.39%
Asche: 0.88%
Kohlehydrate nicht nachweisbar.

Meine eigenen Analysen, am lufttrocknen Präparate ausgeführt, die ich den nachfolgenden Berechnungen zu Grunde legte, ergaben

N—15,938%
P_2O_5—0,243%

Diese im Edestin enthaltenen minimen Mengen von P_2O_5 konnten, auch wenn sie ganz auf organi-

sche Verbindungen zu beziehen sind, die Resultate nicht störend beeinflussen.

Büchmann hatte einer Periode mit reichlichen organischen P_2O_5-verbindungen in der Nahrung eine Edestinperiode folgen lassen. In derselben war aber aus den oben angeführten Gründen die Gesammtzufuhr der P_2O_5 geringer als in der Vorperiode, und es waren in Gestalt von Milch, Reis, Zwieback, Kaffee 1,17 P_2O_5 pro die eingeführt worden, ohne den im Edestin enthaltenen P mitzurechnen. Im Laufe der vier Tage dieser Periode wurden nur 0,13 P_2O_5 retiniert, eine Menge, die nicht in Betracht kommt und in die Fehlergrenzen fällt. Also verliess alle anorganisch eingeführte P_2O_5 den Körper, wobei N retiniert wurde. Obgleich die Frage der Synthese aus P-freiem Eiweiss und anorganischen P-salzen damit in verneinendem Sinne entschieden schien, war es doch wünschenswert eine Nachprüfung vorzunehmen in der Art, dass die Mengen organischer P-Eiweissverbindungen in der Nahrung wenn möglich noch weiter reduziert würden, bei gleichbleibendem P-gehalt der Ingesta in beiden Perioden. Ich folgte daher gern der Anregung meines hochverehrten Lehrers Herrn Professor von Noorden, einen Versuch in dieser Richtung vorzunehmen. Edestin stand uns dank der Liebenswürdigkeit der Farbwerke Meister, Lucius und Brühning in reichlicher Menge zur Verfügung.

Der Versuch wurde unter den in der von Noorden'schen Klinik üblichen Kautelen ausgeführt, der Patient in einem Separatzimmer isoliert, von allen Analysen wurde mindestens eine Kontrollbestimmung gemacht.

Als geeignet für unsere Zwecke erwies sich der Patient B., seines Zeichens Hausdiener. Potus und Gonorrhoe zugegeben. Seit dem 15. November 1902 schmerzhafte Schwellungen der Hand-, Knie- und Schultergelenke. Eingetreten am 9. Mai 1903, seit dem 27. Juli subfebrile T°, vom 10. Juli ab normale T°. Nur selten leichtes Reiben in den Schultern, sonst absolut normaler Befund. Am 18. Juli 1903 begann der Versuch. Als Nahrung erhielt der Patient in der I. Periode: 100 Rademann'sches Hafermehl, 1500 Milch, 6 NaCl, 20 Rohrzucker, 100 Butter, 500 Thee aus 10 gr.. 300 Wein (leichter Mosel), 150 Eiereiweiss.

Beim Körpergewicht des Patienten von 63.9 Kilo kamen pro Kilo 36 Calorien, bei 1.3 gr. Eiweiss pro Kilo.

In der 2. Periode wurde bei Wahrung der Calorieanzahl und des Eiweissgehalts der Nahrung die Milch fortgelassen, statt derselben Edestin, Wasser, Butter, Zucker und anorganische Salze verabfolgt.

In 1500 Milch waren enthalten:
N—7.728 gr. — 48.5 Edestin
P_2O_5 — 3.27, CaO — 2.796 = 1.995 Ca
Die Salze wurden ersetzt durch:
1.5 Calc. phosphor. mit 0 348 Ca und 0.619 P_2O_5
13.36 Na. phosphor. „ 2.651 P_2O_5
4.12 Calc. carbon. „ 1.647 Ca

Statt der 50 gr. Fett und 75 gr. Milchzucker wurden 80 gr. Butter und 50 gr. Rohrzucker gegeben. Dadurch kam ein Minus von ca. 50 Calorien zustande, als Wasserdifferenz wurden 1350 gr. berechnet.

Demnach stellte sich die Nahrung in der zweiten Periode folgendermaassen: 100 Hafermehl, 180 Butter, 6 NaCl, 48.5 Edestin, 70 Zucker, 150 Hühnereiweiss, 1350 Wasser, 300 Wein, 500 Thee, 13.36 Natr. phosphor., 4.12 Calc. carbon., 1.5 Calc. phosphor.

Der Stuhlgang blieb die ganze Zeit über normal, nur stellte sich am 5. Tage der zweiten Periode ein derartiger Widerwille gegen die Nahrung ein, dass der Versuch abgebrochen werden musste.

Bei der P_2O_5-Bestimmung im Harn des letzten Tages der zweiten Periode verunglückte die Analyse, ein Versehen das ich später nicht mehr gut machen konnte. Ich musste daher den 5. Tag bei den Berechnungen auch für die übrigen in Frage kommenden Stoffe fortlassen und habe die zweite Periode als aus 4 Tagen bestehend angenommen.

Die N-Bilanz	der	1.	Periode	ergiebt	+ 8.22
„ „	„	2.	„	„	+ 7.59
„ P_2O_5	„	1.	„	„	+ 1.84
„ „	„	2.	„	„	+ 0.17
„ CaO	„	1.	„	„	+ 1.417
„ „	„	2.	„	„	− 0.782

Ein Plus von nur 0.17 P_2O_5 in der zweiten Periode muss man wohl ebenso wie Büchmann es tut, in's Bereich der Fehlergrenzen verweisen die CaO-Bilanz ist negativ in der zweiten Periode, nur der N. ansatz ist annähernd gleichgeblieben. Es ist also Eiweiss retiniert worden, ebenso wie in dem entsprechenden Versuch von Büchmann, ohne die zur Organisation nötigen Salze.

Büchmann hatte in Milch, Zwieback, Reis, Kaffee 1.17 P_2O_5 gegeben ohne den P_2O_5-gehalt des Edestins zu berücksichtigen; auch in meinem Versuch konnte natürlich nicht alles Eiweiss als Edestin verabfolgt werden. Mit dem P_2O_5-gehalt des letzteren zusammen lässt sich folgende entsprechende Zahl finden.

Hafermehl in 100 gr. . . .	0.6899	P_2O_5
Hühnereiweiss in 150 gr. .	0.073	P_2O_5
Edestin in 48.5 gr.	0.1179	P_2O_5
Butter in 180 gr.	0.0533	P_2O_5
Mosel in 300 gr.	0.099	P_2O_5
Summa . .	1.0331 gr.	P_2O_5

Bringen wir von dieser Zahl die Edestin — P_2O_5 in Abzug, so erhalten wir 0.9152 gr. P_2O_5 als in organischer Bindung eingeführt, gegenüber 1.17 pro die im Büchmann'schen Versuch.

Betrachten wir die Resorptionsverhältnisse, so erhalten wir folgende Daten:

I Periode	N-Resorption	in °/o	der	Nahrung	91.8%
II „		„	„	„	92.5%
I „	P_2O_5	„	„	„	57.1%
II „		„	„	„	68.0%

Die Anstellung derselben Berechnung mit dem CaO verbietet sich durch die eigenartigen Ausscheidungsverhältnisse desselben. Während sowohl N wie P_2O_5 in der zweiten Periode besser resorbiert werden, namentlich die P_2O_5, wird ersteres stark retiniert, während bei letzterem von einer Retention eigentlich nicht die Rede sein kann. Die Ansicht, dass der menschliche Organismus eine Synthese aus P—freiem Eiweiss und anorganischen P-salzen nicht zu Stande bringt, hat somit durch vorliegenden Stoffwechselversuch eine weitere Stütze erhalten.

Immerhin bleibt die Möglichkeit offen, dass bei langdauerndem Ausschluss organisch-gebundenen Phosphors auch anorganischer Phosphor zur Protein-Synthese benutzt werden kann. Denn wir sehen öfters, dass der Organismus, durch einseitige Ernährung in eine Zwangslage versetzt, Synthesen eingeht, die er unter gewöhnlichen Verhältnissen,

	N Einnahme.	Harn.	Harn N.	Kot N.	Bilanz N.	P_2O_5 Einnahme.	Harn P_2O_5.	Kot P_2O_5.	Bilanz P_2O_5.	CaO Einnahme.	Harn CaO	Kot CaO.	Bilanz CaO.	Gewicht.
				Trockenkot 93 gr.	**I. Periode.**									
1	13.58	2300/1010	10.63	1.10	+1.85	4.43	2.19	1.90	+0.34	2.991	0.138	2.500	+0.353	63.9
2	13.58	2100/1016	10.29	1.10	+2.19	4.43	2.45	1.90	+0.08	2.991	0.137	2.500	+0.354	63.8
3	13.49	2100/1010	9.47	1.10	+2.92	4.43	2.05	1.99	+0.48	2.991	0.122	2.500	+0.369	63.2
4	13.20	2200/1011	10.84	1.10	+1.26	4.43	2.09	1.90	+0.44	2.991	0.150	2.500	+0.341	63.0
				Trockenkot 92 gr.	**II. Periode.**									
1	12.92	2300/1010	10.53	0.9?	+ .42	4.43	2.77	1.42	+0.24	2.991	0.133	3.038	—0.180	63.0
2	12.88	2200/1012	9.67	0.97	+ .24	4.44	3.15	1.42	—0.13	2.999	0.103	3.038	—0.142	63.5
3	12.97	2300/1012	10.24	0.97	+1.76	4.44	3.03	1.42	—0.01	2.999	0.166	3.038	—0.205	63.3
4	13.09	2400/1010	9.95	0.97	+2 17	4.44	2.95	1.42	+0.07	2.999	0.166	3 038	—0.205	63.7
5	13.05	2200/1010	9.43	0.97	+2.65	4.44	?	1.42	?	2.999	0.205	3.038	—0.244	64.0

d. h. so lange bequemeres Material zur Verfügung ist, ablehnt.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor von Noorden für die Anregung zu dieser Arbeit und für seine liebenswürdige Unterstützung bei der Ausführung derselben meinen wärmsten Dank zu sagen. Desgleichen sage ich hiermit Herrn Sekundärarzt Salomon, der mir beim Einstellen des Patienten behülflich war, vielen Dank.

Der Morb. Basedowii oder Gravesii.

Von

E. Kroug.

Meine Herrn, das Thema meines heutigen Vortrages betrifft die Basedow'sche Krankheit. Wenn dieser Name besonders in Deutschland, den Skandinavischen Ländern und Russland der vorherrschende ist, so verlangt doch die historische Gerechtigkeit, die Priorität der Erkennung und Beschreibung des eigenartigen Krankheitszustandes einem anderen zuzuerkennen u. z. dem Engländer Graves. Nachdem bereits der Engländer Parry 1825 die ersten Fälle publiziert und Bruck 1835 3 weitere Fälle hinzugefügt hatte, erschien in demselben Jahr eine Arbeit von Graves, in der zuerst die Krankheit als eine Erkrankung sui generis erkannt und ein Symptomenbild gegeben wurde, das im wesentlichen dem heutigen entspricht. 1837 beschrieb Pauli einen Fall, aber erst 1841 traten der Engländer Marsh mit einem Sektionsbericht und der deutsche Arzt Basedow aus Magdeburg mit seiner Publikation hervor. Da letzterer die Krankheit für den damaligen Stand der Wissenschaft in erschöpfender Weise behandelt hatte, so bürgerte sich der Name Morb. Based. in der ärztlichen Welt ein, um so leichter, als die Graves'sche Arbeit selbst in England unbekannt geblieben war. Ihm gebührt aber unstreitig das Verdienst, als erster den Symptomenkomplex als eigenartig erkannt und geschildert zu haben und wäre es nur eine Pflicht der Billigkeit denselben, wenigstens durch Hinzufügung des Namens des ersten Autors, als Graves-Basedowsche Krankheit für die Zukunft zu erhalten.

Die Symptome, die den Autoren zuerst in die Augen fielen, waren die der sogenannten klassischen Trias: der Exophthalmus, die Struma und die Tachykardie, oder wie es in den damaligen Publikationen hiess, die Palpitationen des Herzens.

Diese Trias beherrschte das Feld ausschliesslich bis in die 50-ger Jahre. Allein schon Seifert 49, Romberg 51, Lubarsch 51, Naumann hatten die bei Bas. gewöhnliche Anämie als für ihn charakteristisch betont, Stockes hob den nervösen Charakter hervor, Mackenzie machte auf die hereditäre Disposition aufmerksam. Fischer 1859 beschäftigte sich mit den aetiologischen Momenten, Graefe führte 1857 das nach ihm benannte neue Kardinalsymptom ein. Charcot hatte 1856 eine erste erschöpfende Beschreibung der Krankheit gegeben, aber erst in den 80-ger Jahren konnten, bis dahin unter verschiedenen anderen Namen gehende Symptomenbilder, von ihm als rudimentäre Formen, als zum Basedow gehörig anerkannt und als solche rubriziert worden.

Im Laufe der Zeit hatte sich erwiesen, dass ausser den kardinalen Symptomen, die als für Bas. charakteristisch gehalten worden waren, sich eine Reihe andrer Zeichen vorfinden, mehr oder weniger oft mit den klassischen Symptomen vergesellschaftet

sind, dass die klassischen Zeichen relativ häufig nicht in ihrer Gesammtzahl vorkommen und nicht selten nur andeutungsweise vorhanden sind. Diese formes frustes abgegrenzt und beschrieben zu haben ist das Verdienst Charcots.

Man hat lange die Gr. Bas. Kr. für eine seltene Erkrankung gehalten, allein die statistischen Angaben der letzten $1^1/_2$ Jahrzehnte haben anderen Anschauungen Platz machen müssen und auch ich kann die Seltenheit des Vorkommens nach meinem im Laufe von Jahren gesammelten Material nicht zugeben. Es kommt nun freilich darauf an, was unter Basedow verstanden wird und was man als Based. diagnostizieren darf. Lässt man nur die mit der klassischen Trias versehenen Fälle als solche gelten, so wird man nicht umhin können die frühere Anschauung zu akzeptieren. Erwägt man aber, dass jede Krankheit bisweilen nicht voll entwickelte, rudimentäre Erscheinungsformen darbietet, deren abortiver Typus jedoch nicht gestattet, ihnen die volle Zugehörigkeit zur entwickelten Form zu versagen, so dürfen wir auch den formes frustes der Based. Krankheit ihr Bürgerrecht nicht verkümmern, wenn ihnen dies oder jenes Symptom fehlt, ebensowenig wie wir berechtigt sind etwa eine Tabes zu leugnen, wenn wir etwa nur fehlende Patellarreflexe und Blasenstörungen vorfinden. Was solche halbausgebildete Fälle mit den Schulfällen verbindet, ist das, was sie an wesentlichen Elementen gemeinsam haben und um diese letzteren näher zu betrachten erlaube ich mir genauer auf die Symptomatologie des Krankheitskomplexes einzugehen.

Wie schon erwähnt, bestand die klassische Trias aus dem Exophthalmus, der Struma und der Tachykardie. Das Zusammenbestehen dieser Symptome galt früher, als conditio sine qua non. Es waren somit Augen- und Herzsymptome und die, wie man annahm, die ersteren bedingende, Vergrösserung der Thyreoidea. Zu den Augensymptomen kamen im Laufe der Zeit noch hinzu, das Graefe'sche Zeichen, mit der Ramsay'schen Modifikation desselben, wobei das obere Lid bei der Blickrichtung nach unten anfangs dem Bulbus folgt, und dann plötzlich in einen tonischen Zustand gerät und zurückbleibt, ferner das Stellwag'sche Symptom, das Klaffen der Augenspalte, ohne Exophtalmus, schliesslich das Möbius'sche Zeichen, welches darin besteht, dass die Konvergenzbestrebungen nicht in Konvergenzstellung zu beharren vermögen, sondern ein- oder doppelseitig auseinanderschwimmen.

Diesen lokalen Symptomen, deren Betonung bis in die Jetztzeit hinein für das Verständnis des Wesens der Basedow'schen Krankheit von äusserst hindernder Bedeutung gewesen ist, stehen nun eine ganze Reihe von allgemeinen Symptomen zur Seite. Unter diesen nehmen folgende das allergrösste Interesse in Anspruch: die Schweisse, der Tremor, die Thermophobie, die Abmagerung, die Anämie, die Darmkrisen und die Schlaflosigkeit. Es sind also mit den 3 ursprünglichen Kardinalsymptomen und den 3 weiteren Augensymptomen 13 Zeichen, die in so überwiegender Häufigkeit vorkommen, dass wir sie als Hauptsymptome betrachten müssen.

Nun ist es aber Tatsache, dass durchaus nicht immer sämmtliche Symptome beisammen sind, dass einzelne von ihnen, auch bei Erkrankungen vorkommen, die nichts mit Basedow zu tun haben, da wirft sich denn die Frage auf, wie soll man nun innerhalb dieser möglichen Kombinationen zu einer richtigen Diagnose gelangen?

Ich habe schon erwähnt, dass den lokalen Symptomen der älteren Autoren, eine Reihe von allgemeinen gegenüberstehen. Da die lokalen Symptome aber keineswegs in Bezug auf die Häufigkeit ihres Vorkommens an der Spitze der Reihe stehen, bis auf eines, die Tachykardie, ja einzelne der Allgemeinsymptome die lokalen sehr oft an Häufigkeit übertreffen, so dürfte es kaum erlaubt sein, von Haupt- und Nebensymptomen zu sprechen. Da könnte meiner Meinung nach eine Betrachtung, die sich bei Verarbeitung meines eignen Materials mir aufgedrängt hat, als praktisch erweisen und die Diagnose in den halbausgesprochenen Fällen erleichtern. Ich betrachte alle oben aufgezählten Symptome als Kardinalsymptome, die ich in solche I. und II. Ordnung teile. Die Kardinalsymptome I. Ordnung fallen mit den lokalen zusammen, diejenigen II. Ordnung entsprechen den allgemeinen. Tritt zu nicht weniger als 2 Kardinalsymptomen II. Ordnung, also allgemeinen Symptomen, mindestens ein Symptom I. Ordnung hinzu, so sind wir berechtigt die Diagnose Morb. Based. zu stellen, resp. verpflichtet, an diese Diagnose zu denken. Auf diese Betrachtungsweise wurde ich seit längerer Zeit hingewiesen, im Hinblick auf eine Reihe von Fällen, die ich ursprünglich als zu einer anderen Krankheitsgruppe gehörig ansah, die sich aber im Laufe der Zeit durch Auftreten des einen, oder anderen Kardinalsymptoms I. Ordnung als Basedowerkrankungen erwiesen. Diese an der Grenzscheide stehenden Erkrankungsformen, die wenn auch nicht immer, so doch jedenfalls sehr häufig, wenn auch nicht geradezu latente Basedowfälle, so doch Kandidaten für den Basedow repräsentieren, insofern, als sie ein wichtiges disponierendes Moment darstellen, fallen zusammen mit dem als vasomotorische Neurose bekannten Symptomenkomplex, der einer dominierenden Beteiligung der Vasomotoren seine Nomenklatur verdankt. Oft als scheinbar selbstständiges Krankheitsbild auftretend, sich noch öfter als Begleiterscheinung verschiedenster andrer nervöser und sonstiger selbstständiger Erkrankungen präsentierend, sind es Bilder von Reiz- und Lähmungserscheinungen innerhalb des gewaltigen Gebietes der die Innervation des gesammten Gefässsystems regulierenden und leitenden vasomotorischen Nerven, die uns in einem bunten Wechsel vor die Augen treten.

Neben diesen Hauptsymptomen stossen wir bei Basedowkranken auf ein Heer anderer Erscheinungen, die teils selbständig als Ausdruck des pathogenen Moments der Krankheit, teils als Folgezustände der im Verlauf derselben auftretenden funktionellen Schädigungen des Organismus, sich einstellen. Ich nenne in aller Kürze die trophischen Störungen des Teguments, die Vitiligo und Pigmentationen, den Haarausfall, die Odeme, die als neurotische, dyskrasische, aber auch echte kardiale sich einstellen, die Störungen der Respiration, die Tachypnoe, das Bryson'sche Zeichen; die im Bereich der Sexualorgane sich abspielenden Veränderungen, die Amenorrhoe, die Neigung zu Aborten, die Impotenz. Gelegentlich kommen Lähmungen, Atrophien, Krämpfe, sehr oft Erscheinungen von Seiten der Psyche vor.

Angefangen von den leichteren zerebrellen Reiz- und Lähmungsvorgängen, der erhöhten Reflexerregbarkeit, Vergesslichkeit, Ideenflucht, motorischen Unruhe, melancholischen Depressionszuständen bis zu furibunden Delirien, die zum Tode führen können, sind alle Schattirungen geschädigten psychischen Gleichgewichts in Menge vorhanden.

Was die Häufigkeit des Morb. Gr. Bas. betrifft so wird sie noch in den 70 und 80-ger Jahren des vorigen Saeculums als seltene Erkrankung betrachtet. Mooren berechnet 1874 auf 30.000 Augenkranke, die er im Verlauf von 9 Jahren als statistisches

Material heranzog, nur 13 Fälle von Basedow. W e s t giebt 1881 1°/₀₀ an. Auch wenn wir in Betracht ziehen, dass das erwähnte statistische Material an Augenkranken gesammelt wurde, so erscheint die Anzahl der diagnostizierten Basedow-Fälle immerhin als klein. Es erklärt sich wohl aus dem Grunde, dass zu jener Zeit die formes frustes noch wenig Gemeingut der Fachgenossen geworden waren, teils wohl auch aus dem Grunde, dass die Augensymptome, der Graefe und Exophthalmus durchaus nicht an der Spitze der Symptomenreihe stehen.

Unter meinem im Laufe von 10 Jahren angesammelten Nervenmaterial berechne ich approximativ einen Satz von 3°/₀.

Eine in Riga veröffentlichte Statistik erreicht sogar die stattliche Ziffer von 13°/₀.

E u l e n b u r g vermutet, dass die Küstenstriche ganz besonders zu Erkrankung an Basedow disponieren, namentlich die atlantische Küste Nordamerikas, auch England, soll ein Hauptkontingent stellen; es stammen aber die obenangeführten, äusserst niedrige prozentuale Ziffern aufweisenden Statistiken Mooren's und West's aus England. Für unsere Breiten würden die Angaben aus Riga sowie auch meine eignen, die Eulenburgsche Annahme zu stützen geeignet sein, da sich mein Krankenmaterial ausschliesslich aus Ortschaften, die am Finländischen Meerbusen gelegen sind, zwischen Petersburg und Reval, rekrutiert. Wenn G a i l l in Krakau die Juden mit über 50°/₀ seiner Basedowiker einschätzt, so mag das mit rein lokalen Verhältnissen Krakaus, welches (1880) über 30°/₀ an jüdischer Bevölkerung zählte, zusammenhängen. Ich persönlich verfüge über keinen einzigen Fall, was jedoch durchaus nicht gegen die Gaill'sche Behauptung sprechen dürfte, da hierbei teils lokale, teils persönliche Verhältnisse das ausschlaggebende Moment bilden können.

Hinsichtlich des Verhältnisses der beiden Geschlechter stimmen die Angaben aller Autoren darin überein, dass das weibliche in überwiegendem Maasse betroffen wird; allerdings gehen die Angaben stark auseinander und schwanken zwischen 1:49 und 1:4.

M a n n h e i m e r hat aus verschiedenen Statistiken ein Verhältnis von 1:4,4 berechnet, was sich mit meinen eignen Daten vollkommen deckt, da mein Material ein Verhältnis von 1:4,5 aufweist. Ich habe fernerhin eine Berechnung über das Verhältnis der unverheirateten und den verheirateten Frauen angestellt und als Resultat 1:1,8 erhalten; demnach würden also die verheirateten Frauen fast ein doppeltes Erkrankungskontingent stellen gegenüber den unverheirateten.

Was das A l t e r anbetrifft, so fällt das Maximum der Erkrankungen im allgemeinen auf das III. Jahrzehnt um dann allmälig abzuklingen. Das trifft auch bei meinen Kranken zu; teile ich das Material jedoch in Männer und Frauen einer- und Frauen und Mädchen andrerseits, so erhalte ich merkliche Unterschiede.

Bei den verheirateten Frauen verteilen sich die Fälle fast ganz gleichmässig auf das III., IV., V. und VI. Jahrzehnt. Das II. Jahrzehnt stellt ein um 50°/₀ geringeres Kontingent. Bei den Männern ist das II., III., IV. Jahrzehnt nahezu gleichmässig belastet, dagegen ist bei den unverheirateten Mädchen das II. und III. Jahrzehnt stark betroffen, um dann jenseits der 30-ger plötzlich abzunehmen. Hinsichtlich der Heredität wird eine h o m o l o g e Heredität angenommen, d. h. die Krankheit erbt sich als solche durch mehrere Generationen fort, oder aber eine h e t e r o l o g e, bei welcher sich in der Aszendenz resp. Deszendenz verschiedenartige, speziell Nervenkrankheiten, vorfinden. Von der ersten Form habe ich nur einen Fall in Beobachtung gehabt: der Vater und 2 seine Kinder litten an typischem Basedow. Hinsichtlich der anderen Art habe ich leider nur in 10 Fällen genauere Daten erhalten können.

Fall 1. Der Vater litt an zerebraler Kinderlähmung.
„ 2. Bruder und } litten an Based. eine Schwe-
„ 3. Schwester } ster war geisteskrank.
„ 4. Der Sohn der Basedowkr. litt an Paranoia.
„ 5. Die Mutter litt an schwerem Asthma nervosum.

Fall 6. Der Vater war Tabetiker und Apoplektiker.
„ 7. { Die Mutter litt an gewöhnlichem Kropf,
„ 8. { Die Schwester litt an gewöhnlichem Kropf, beide ohne Basedowsymptome darzubieten, die Patientin selbst erkrankte an Based. nach einer Polyneuritis.

Fall 9. Mutter kropfkrank.

10. eine leibliche Tante litt an M y x ö d e m.

So wenig zahlreich dieses Material auch ist, so sind doch namentlich die 4 letzten Fälle von grossem hereditären Interesse, insofern sie die Vermutung gestatten, dass Kinder kropfkranker Personen zu Basedow disponieren und dass die Hypo- resp. Dysplasie der Thyreoidea sich in verschiedenen sekretorischen und sonstigen funktionellen Störungen äussern kann. Von noch grösserem Interesse ist Fall 10, wo in der Aszendenz eine Erkrankung vorlag, die in engster Beziehung zur Schilddrüse steht, das M y x ö d e m, welches ein echtes Gegenstück zum Basedow darstellt. Einer meiner Fälle ist mir als ein Uebergangsstadium vom Basedow zu Myxödem verdächtig, jedoch scheint mir ein abschliesendes Urteil noch verfrüht, obgleich die Tatzenfinger und eine sehr an Myxödem erinnernde Veränderung der Gesichtshaut den Gedanken dringend nahe legen, wohingegen noch starkes Schwitzen, grosse Neigung zu Tachykardie und grosse Struma den Fall dem Basedow überweisen.

In der Literatur sind eine grosse Menge von hereditären Momenten niedergelegt, auf welche einzugehen ich mir versagen muss. Aufgefallen ist mir, dass die Lues keine Rolle zu spielen scheint. Mein eignes Material beziffert sich auf 106 Fälle, darunter sind 87 Frauen und 19 Männer, also ein Verhältnis von 4,5:1. Was die Häufigkeit der Symptome betrifft, so finde ich bei mir folgendes: an erster Stelle steht die T a c h y k a r d i e, sie kam 94 mal zur Beobachtung. Wenn wir die gangbaren Pulszahlen, die in das Bereich des normalen gerechnet werden, betrachten, so müssen wir uns darüber klar sein, dass sie nur Mittelwerte darstellen. Ebenso, wie wir unter ganz normalen Verhältnissen abnorm langsame, bradykarde Pulse finden, ebenso auch über der Norm von 70—80 liegende. Ferner wissen wir, dass auch bei nicht pathologisch nervösen Menschen, bei psychischen, Erregungen, und dazu müssen wir häufig schon den Akt des Pulszählens als solchen rechnen, die Frequenz stark in die Höhe geht und somit eine Tachykardie vorgetäuscht werden kann. Dass febrile Zustände auszuschliessen sind, versteht sich von selbst. Ich stelle an eine echte Tachykardie die Anforderung, dass sie 1) eine b l e i b e n d e ist; erst nach mehrfacher Prüfung, zu Beginn und Ende der Untersuchung, kann man eine Pulsbeschleunigung als bestehend betrachten: 2) dass sie auch im L i e g e n anhält; in dieser Beziehung kommen ja oft grosse Differenzen vor, so dass man bisweilen direkt von einer s t a t i s c h e n T a c h y k a r d i e sprechen kann. Ich habe einen derartigen Fall unter meinen

Kranken in schönster Form beobachtet, auf den ich sofort in einigen Worten eingehen will. Er betraf einen jungen Mann von 19 Jahren, der an einem klassischen, mit der ganzen Trias ausgestatteten Basedow litt. Als ich ihn bei der ersten Untersuchung den Finger an seiner Radialis haltend, aufforderte sich hinzulegen, trat eine etwa 2—3 normale Kontraktionsphasen andauernde Pause im Herzschlage auf und der Puls, der gegen 120 betrug, schlug darauf unvermittelt in eine Frequenz von circa 60 um, eine Ercheinung, die ich späterhin oftmals zu kontrollieren Gelegenheit hatte. In 2 weiteren Fällen beobachtete ich während der Verschlimmerung der sonstigen Symptome ein Nachlassen der Pulsfrequenz bis zu ausgesprochener Bradykardie. Beide Fälle gehörten zu den schwersten, die ich gesehen, der eine endete letal, der andere ging nach Monate langem Kranken lager allmälig in Heilung über. Auf diese Erfahrungen hin, muss ich mich dahin äussern, dass die Verminderung der Tachykardie bei Verschlimmerung der sonstigen Symptome ein signum mali ominis ist, zum mindesten stets ganz besondere Aufmerksamkeit von Seiten des Arztes erfordert, da diese Erscheinung für organische Veränderungen des Myokards = (fettige Degeneration?) — zu sprechen scheint.

Aus meiner Erfahrung heraus muss ich eine dauernde, auch im Liegen vorhandene Pulsbeschleunigung über 90, als pathologische Tachykardie betrachten, besonders, wo es sich um Männer und ältere Frauen handelt.

Das an Häufigkeit zunächst imponierende Symptom sind die Schweisse. Sie sind bei mir 89 mal notiert; hierbei kommen die verschiedensten Abstufungen vor, von nur zeitweilig, aber immerhin bei den geringfügigsten Ursachen, psychischen Erregungen, geringsten Anstrengungen, auftretenden, bis zu jenen profusen Formen, bei denen die Kranken Tag und Nacht in Schweiss gebadet sind. Der Tremor ist bei mir 86 mal verzeichnet; es ist mir aber wahrscheinlich, dass diese verhältnissmässig geringe Zahl, auf mangelhafte Notierung zurückzuführen ist. Ich habe in den letzten Jahren den Eindruck gewonnen, dass er kaum je vermisst wird, wenigstens zeitweise in allen Fällen vorkommt, so dass ich bei fehlenden Zittern in zweifelhaften Fällen mit der Diagnose zurückhaltend mich verhalte.

Erst an 4. Stelle tritt die Struma — bei mir 84 mal beobachtet — einseitig war sie 5 mal, davon 3 mal links, 2 mal rechts. Man darf natürlich auch bei der Struma nicht stets einen voll ausgebildeten Kropf erwarten: Nicht selten sind es nur weiche, deutlich prominierende Vergrösserungen des Organs, die ähnlich denen bei Chlorose vorkommenden sind. Aber immerhin sind diese prominenten Schwellungen auch dem palpierenden Finger deutlich wahrnehmbar. In dem ersten Stadium, das sich über Jahre hinziehen kann, ist die Struma stets eine Str. vasculosa; erst bei längerem Bestehen entwickeln sich harte, derbe, fibröse Kröpfe, wobei oft regionäre Verdickungen sich aus dem weichen Gewebe abgrenzen, die dann sich langsam unter Umwandlung in derbes Gewebe immer weiter ausbreiten. Im Gegensatz zu den chlorotischen Kröpfen, persistieren die echten Basedowkröpfe, auch trotz eingetretener totaler oder zeitweiliger Heilung resp. wesentlicher Besserung, hartnäckig weiter, soweit es sich nicht um die seltenen Fälle von akutestem, in wenigen Tagen oder Wochen, abklingenden Basedow handelt.

An 5. Stelle tritt bei mir das Hitzegefühl, damit verbunden die von Charcot sogenannte Thermophobie, das unbehagliche Gefühl, welches die Kranken in warmen Räumen, im Sonnenschein beschleicht; Basedow-Kranke suchen mit Vorliebe kühle Räume und den Schatten auf. Therapeutisch gilt dieses Symptom als Wink und Mahnung, solche Kranke nicht in den Süden zu schicken. Sie vertragen ihn absolut nicht.

Die Abmagerung finde ich 51 mal notiert; sie ist entschieden häufiger, und zwar auffallend häufig nicht mit Appetitmangel, sondern oft trotz des besten Appetits vorhanden. Ein wichtiges Symptom nicht nur in diagnostischer, sondern ganz besonders auch in aetiologischer Beziehung.

Erst an 7. Stelle tritt der Exophthalmus auf, mit 45 mal; 14 mal war er einseitig, davon 10 mal links, 4 mal rechtsseitig, was im Gegensatz zu der gewöhnlichen Angabe steht. 1 mal war er mit der Struma gekreuzt, jedenfalls ein Zeichen, dass derselbe nicht vom Druck der Struma auf den Sympath. abhängig ist; 1 mal war die Struma substernal gelegen.

In 43 Fällen bestand das Graef'sche Zeichen; kombiniert mit Exophthalmus war es 24 mal, ohne Exophtalmus 18 mal, einseitig 5 mal. Ueber das Stellwag'sche Sympt. kann ich leider keine genauen Daten geben.

Bezüglich des Möbius'schen S. scheinen mir meine Zahlen, 39 mal notiert, nicht richtig zu sein. Sie stammen sämmtlich aus den letzten Jahren, nachdem ich das Symptom kennen gelernt hatte. Ich glaube, dass es wohl mit zu den häufigsten Erscheinungen gehört.

An 10. Stelle kommen die Darmkrisen. Das sind Durchfälle, die ohne jeden ersichtlichen Grund auftreten und ebenso ohne jegliche Therapie schwinden, sie treten teils krisenweise, von Zeit zu Zeit, auf. Können aber auch Wochen, Monate, ja Jahre lang bestehen, wie ich solches in 2 Fällen beobachtet habe. Sie bringen in solchen Fällen die Kranken stark in ihrer Ernährung herunter; trotzdem können sich, wenn sie in mässigem Grade, 2 - 3 Entleerungen täglich, auftreten, die Patienten relativ gut befinden, ja unter Umständen, bei wesentlicher Besserung des Grundleidens, grosse Gewichtszunahme aufweisen, wie ich das bei einer Kranken beobachtete, die trotz täglicher 2—4 maliger Diarrhoen im Laufe des Sommers 19 Pfd. zugenommen und alle sonstigen Erscheinungen fast verloren hatte. Charakteristisch für dieselben ist, dass sie von der Art der Nahrung in keinerlei Weise beeinflusst werden. Ob solche Kranke Gurken und Sauerkohl, oder Milchsuppen geniessen, bleibt absolut ohne Einfluss. Auch therapeutisch verhalten sie sich gewöhnlich ganz refraktär, nur das Schwinden resp. Wiederauftreten der Basedowsymptome ist für sie einigermassen maassgebend. Mit eintretender Besserung schwinden sie gewöhnlich resp. bessern sich und umgekehrt.

Ein häufiges und charakteristisches Symptom ist die Schlaflosigkeit. Sie ist mit 34 mal notiert. Sie ist gewöhnlich das quälendste Symptom und die grösste Dankbarkeit erwirbt man sich, wenn es gelingt, sie zu beseitigen und sie ist glücklicherweise durchaus beeinflussbar, mehr als alle anderen Erscheinungen.

Bereits Taylor betonte als ein für den Basedow charakteristisches Symptom die Anämie. In unserer Zeit wird eine solche bewertet durch den mikroskopischen Befund, die Blutkörperchenzählung und den Hämoglobingehalt. Es scheint mir doch fraglich, ob das allein berechtigt ist. Wir sehen

nicht selten Kranke mit normalem, oder annähernd normalem Hämoglobingehalt, was seine färbenden Eigenschaften anbetrifft, und doch finden wir blasses Hautkolorit, blasse Konjunktiven und Schleimhäute. Ich meine, einer gewissen Gewebseinheit, muss normaliter eine bestimmte Bluteinheit entsprechen, nicht nur qualitativ, sondern auch quantitativ; über die Norm sind ja wohl genaue Daten nicht erhältlich, immerhin lässt sich doch annehmen, dass ein qualitativ annähernd normales Blut, quantitativ beträchtlich herabgesetzt sein kann, somit eine relative Anämie bestehen könne, die sich in einer mangelhaften Füllung des gesammten Gefässgebietes äussert, ohne, was ihren Hämoglobingehalt etc. betrifft, wesentlich alteriert zu sein, dabei aber doch der Gesammtarbeit, die es bei der Ernährung der Gewebe zu leisten hat, gegenüber als funktionell insuffizient betrachtet werden müsse. In fast allen meinen Fällen habe ich eine normale Färbung des Teguments und der Schleimhäute wohl nie angetroffen, eine grosse Anzahl bot deutliche Anzeichen von Anämie, wenigstens grob klinisch. Hämoglobinbestimmungen und Zählungen habe ich nicht anstellen können.

3 mal beobachtete ich bei meinen Bas.-Kr. Polydipsie, 2 mal häufigeres Erbrechen, 2 mal Milztumor, 2 mal habituellen Abort mit Amenorhoe, 2 mal Uebelkeit bei Konvergenzbewegungen der Augen, 1 mal Pruritus. Wenn in letzter Zeit dieser als häufiges Symptom bezeichnet wird, so kann ich darüber keine Angaben machen. Jedenfalls ist er, wo vorhanden nur selten stärkeren Grades, so dass spontane Angaben darüber nur ausnahmsweise von meinen Kranken gemacht werden. Immerhin ist die Angabe zu beherzigen und dürfte er als kausaltheoretisches Moment ein grosses Interesse beanspruchen.

3 mal beobachtete ich Nystagmus, mehrfach Heisshunger.

Ueber den Verlauf lässt sich sagen, dass er in der grössten Mehrzahl der Fälle ein eminent chronischer ist. Die Krankheit verläuft gewöhnlich wellenförmig, Exazerbationen wechseln ab mit Perioden der Besserung, sogar jahrelanger relativer Heilung.

Es sind Fälle beobachtet worden, die in kürzester Zeit zum Tode führten. innerhalb 4 Tagen bis zu 6 Wochen. Sie sind extrem selten, kausaltheoretisch von höchstem Interesse. Es sind das jene Fälle, die unter profusen Diarrhoen und unstillbarem Erbrechen einhergehen; der Tod erfolgt an Herzparalyse (Möbius). Ich habe bisher nur 2 Todesfälle zu beklagen gehabt, freilich gehören meine Fälle bis auf etwa 10 nicht zu den schweren und schwersten. Beide Todesfälle waren mit Psychosen vergesellschaftet, die im letzten Stadium hinzutraten. Ich muss aber doch sagen, dass abgesehen von wesentlichen Besserungen, die ja zu dem häufigsten Ausgang gehören, ich doch mehrfach relative Heilungen konstatieren konnte. Allerdings sind nur 2 bis jetzt, nach 9 und 11 Jahren absolut rezidivfrei geblieben. Beides waren klassische Formen. In dieser Eigenschaft des Based. liegt eine Hauptursache für die Unmöglichkeit, die grosse Anzahl vorgeschlagener therapeutischer Maassnahmen richtig zu bewerten; wie viel von den Erfolgen die Therapie leistet und ein wie grosses Moment der natürliche Verlauf der Krankheit abgiebt, wird immer schwer zu beurteilen sein.

Was die Aetiologie anbetrifft, so giebt schon Parry 1825 an, dass die Kranheit bei geschwächtem Kräftezustand nach Entbindungen auftritt. Obgleich diese Angabe von vielen mit Unglauben hingenommen wurde, so muss ich doch sagen, dass 2 meiner Kranken direkt im Anschluss an den Geburtsakt erkrankten. Ob eine abortive Form vorher schon vorgelegen, die dann durch die Anstrengung, den Blutverlust etc. zur vollen Entwickelung gelangte, ob der Akt als solcher, und die damit verbundene physische und psychische Erregung das auslösende Moment abgegeben, lässt sich nicht mit Bestimmtheit sagen. In Pauli's Fall (1837) war dem Bas. eine Dysenterie vorausgegangen, 2 von Basedow's eignen Fällen erkrankten während der Laktation, 1 Fall nach psychischen Erregungen, 1 Fall nach akut. Gelenkrheumatismus. 1859 Fischer bezeichnete zuerst hereditäre Verhältnisse, Anstrengungen, psychische Erregungen, Wochenbett, Anämie nach erschöpfenden Krankheiten, akute Infektionskrankheiten als aetiologische Momente. Soviel aber auch später an aetiologischen Momenten angeführt worden ist, an erster Stelle stand das Moment der psychischen Erregung. Auch in meinen Fällen spielt diese letztere die hervorragendste Rolle. Genaue Angaben konnte ich allerdings nur in 17 Fällen erheben. Von diesen betreffen 12 Fälle verheiratete Frauen, 4 Fälle Männer, 1 Fall unverheiratete Mädchen. Akute Erkrankungen habe ich 3 mal vermerken können. Je einmal war eine Malaria, eine Pneumonie und eine Polyneuritis vorangegangen. Letzterer Fall war derjenige, dessen Mutter und Schwester an einer gewöhnlichen Struma litten. Die Patientin selbst war bis zu ihrer Erkrankung weder kropfkrank, noch sonst irgendwie leidend gewesen; nur eine gewöhnliche Anämie hatte bestanden. Wie schon erwähnt hatten 2 mal Geburten die Erkrankung eingeleitet; einmal waren bei einem jungen Mädchen körperliche Ueberanstrengungen, in Form von forziertem Radeln, vorangegangen, einmal schloss sich die Erkrankung an übertriebenen Gebrauch von kalten Seebädern an. 2 mal war der Basedow mit Gicht vergesellschaftet. Eine genaue Diagnose der Gicht ist ja, wo keine typische Erscheinungen vorhanden sind, durchaus nicht leicht, wenn nicht oftmals ganz unmöglich. Was wird heutzutage nicht alles für Gicht angesehen und wofür wird sie nicht verantwortlich gemacht! Bei Basedow sind mehrfach Gelenkschmerzen beschrieben worden, die von einzelnen als nervöse Arthralgien betrachtet werden. Wer will jedesmal zwischen Gelenkneurosen, akuten Gelenkrheumatismen und Gicht, wenn sie nicht scharf ausgeprägt sind, eine richtige Differentialdiagnose stellen können? Wenn heutzutage eine Harnanalyse Vorhandensein von Uraten meldet, so ist gewöhnlich die Diagnose-Gicht gesichert. Mit welchem Recht, ist doch sehr fraglich. Der eine meiner Fälle verlief ziemlich akut, als typisches Podagra der grossen Zehe; allein die Patientin, die nun schon seit 11 Jahren rezidivfrei ist, ist auch in späteren Jahren mehrfach von gichtischen Beschwerden befallen worden. Immerhin möchte ich einen gelegentlichen Zusammenhang zwischen Gicht und Basedow nicht unbedingt in Abrede stellen.

Indem ich einen Moment auf meine Statistik zurückgreife, erinnere ich daran, dass bei den verheirateten Frauen der Bas. sich über das III., IV., V., VI. Jahrzehnt fast gleichzeitig verteilt, während bei den Mädchen nur das II. und namentlich das III. Jahrzehnt stark belastet ist, ebenso bei Männern das II., III. und IV. Es ist das entschiedener Weise in Uebereinstimmung mit der häufigen Aetiologie der psychischen Erregungen zu bringen, denen die verheirateten Frauen bis in ihr höheres Alter in viel höherem Grade ausgesetzt sind, als die unverheirateten Mädchen. Namentlich die Zeit

der Klimax ist für sie in vieler Hinsicht nicht nur aus rein somatischer Ursache, eine kritische; vor allem stellt das sexuelle Moment in etischer und gemütlicher Beziehung an die Psyche der Frau oft ganz bedeutende Anforderungen, denen nur allzu viele Frauen schwere Opfer bringen müssen.

Die Ergebnisse der pathologischen Anatomie des M. B. sind wenig zahlreich, aber soweit sich bisher überblicken lässt durchaus eindeutig. Die älteren Befunde am Vagus und Sympathicus stammen aus einer Zeit, wo das aetiologische Moment in der primären Erkrankung nervöser Elemente gesucht wurde. Abnahme der nervösen Zellbestandteile, Wucherung des interstitiellen Bindegewebes, abnorme Pigmentationen etc. kommen nach vielfachen Kontroluntersuchungen auch bei Gesunden und an anderen Krankheiten verstorbenen häufig vor und sind, wenn in Zusammenhang stehend, doch nur als Folgen, nicht als Ursachen zu bezeichnen. Dasselbe gilt von den Befunden am Herzen, Gehirn und, soweit sie sich auf Gefässdilatation, kolloide, hyaline und fibröse Degeneration beschränken, auch an der Thyreoidea. Die Mendel'schen Erhebungen am Corpus restiforme und Solitärbündel sind von anderer Seite nicht bestätigt worden. Der Fall von Marie und Marinesco — Degeneration des Solitärbündels nebst aufsteigender Trigeminuswurzel, war mit Tabes kompliziert und daher für den M. B. absolut beweislos.

Auch das Experiment, namentlich Filehne's Versuche, der durch Zerstörung der Corpora restiformia in ihrem oberen Teil und Galvanisation des Stumpfes die Trias erzeugt haben wollte, sind trotz der Wiederholung durch Durdufi nicht beweisend. Bidl hat trotz genauester Beobachtung bei seinen Operationen in dieser Gegend nicht das geringste davon sehen können. Die einzigen positiven Resultate sind bisher die Ergebnisse Askanazy's gewesen, der in allen sezierten Fällen fettige Degeneration der gesammten quergestreiften Muskulatur, mit Ausnahme der Herzmuskelfasern, konstatieren konnte und die von Wähner, Joffroy und Achard, Fr. Müller, Lubarsch, R. Müller, Askanazy konstatierten, regelmässig wiederkehrenden Veränderungen an der Thyreoidea, die sich als diffuse Wucherung des plandulären Parenchyms derselben mit Vermehrung der sekretorischen Oberfläche charakterisierten. Bevor ich aber die Konsequenzen dieser wenigen, aber bedeutsamen Befunde ziehe, möchte ich auf den letzten Abschnitt der klinischen Betrachtungen, die Therapie des M. B. eingehen. Vor allen muss ich sagen, dass alle empfohlenen Medikamente, das Chinin, Antipyrin, die Belladonna und das Atropin, Duboisin. Brom etc. nur palliativen Wert haben. Als direkt kontraindiziert betrachte ich die Herzpräparate, Digitalis, Strophantus, Koffein etc. wo nicht Kompensationsstörungen des schliesslich in Mitleidenschaft gezogenen Herzmuskels, ihre Anwendung direkt verlangen. Sie wirken entweder gar nicht, in der grössten Mehrzahl der Fälle aber direkt schädlich. Dasselbe muss ich vom Jod und Thyreoidin sagen. Letzteres halte ich für enorm schädlich, schon seiner gewichtherabsetzenden Wirkungen wegen, ganz zu geschweigen von den Einwirkungen auf die Tachykardie. Wo es nicht geschadet hat und es scheinen solche Fälle vorzukommen, hat es jedenfalls nie genutzt. Das Jodothyrin, Thyraden, die von Möbius vorgeschlagene Serumtherapie haben leider nicht gehalten, was sie sollten. Wir müssen eingestehen, dass ein direktes Heilmittel für die Krankheit nicht existiert. Immerhin sind wir in der glücklichen Lage, nicht erfolglos gegen den M. B. vorgehen zu können. Abgesehen von den günstigen palliativen Wirkungen der Brompräparate, halte ich als ein der Beachtung sehr wertes Mittel das Arsen, per se oder in geeigneten Fällen in Kombination mit Eisen. Die vielfach angegebene schlechte Einwirkung des Eisens kann ich entschieden nicht zugeben. Ferner muss ich aufs wärmste für die galvanische Behandlung des Vago-Sympathicus eintreten. In fast allen Fällen ist bereits nach 5—6 Sitzungen ein wenn auch geringer Erfolg zu konstatieren, der sich nach 2 Richtungen äussert, 1) geht die Pulsfrequenz im Verlauf der jedesmaligen Galvanisation zurück. 2) stellt sich Schlaf ein. Eine Bedingung sind schwache Ströme. 2 M. A. bei 5 cm. Elektrode als Anode 10—15 Min. Dauer, erscheint mir als das Optimum. Freilich muss man auch von dieser Methode keine Wunder verlangen; sie muss monatelang fortgesetzt werden, wenn sie helfen soll; ich habe aber schwere Fälle unter konsequenter Behandlung in relative Heilung übergehen sehen. Die Hauptsache bleibt aber stets eine konsequente Allgemeinbehandluug, die folgende Gesichtspunkte erfüllen muss.

1) absolute psychische und körperliche Ruhe, Entfernung aus ungünstigen namentlich, widrigen familiären Verhältnissen. 2) Regelmässige, kräftige Ernährung bei streng fleischloser Diät, aber unter Vermeidung übertriebener Fettmästung, Milch und Eier sollen reichlich gegeben werden. 3) Kühle Zimmer. 4) Gute Luft bei Vermeidung direkter Sonnenbestrahlung. Heisse Klimate vertragen B. Kr. absolut nicht. 5) Höhenluft bis 1000—1500 Meter, selbst in schweren Fällen. 6) Bei uns zu Lande habe ich nicht selten sehr gute Erfolge beim Aufenthalt am Meer, aber unter Vermeidung des lang ausgedehnten Aufenthalts am Strande gesehen. Finland eignet sich für die heissen Sommermonate vorzüglich. 7) milde Hydrotherapie in Form von Bädern die sich innerhalb der T° Grade von 24°—26° R bewegen sollen; auch Halbbäder nicht unter 22° R. werden gut vertragen, dagegen muss ich vor übertriebenem Gebrauch von Douchen warnen; nur gewisse Stadien und mit Hysterie kombinierte Fälle leichter Form eignen sich für diese Behandlungsmethode. Aufs strengste hüte man sich vor kalten Seebädern; schon Friedreich warnte davor und kann ich mich ihm nur voll und ganz anschliessen. Die Verschlimmerung lässt trotz gelegentlicher zeitweiliger scheinbarer Besserung, nie auf sich warten.

Was die operative Behandlung betrifft, so fehlen mir persönliche Erfahrungen gänzlich. Offenbar leistet sie aber nicht mehr, als andere Methoden. Ich glaube, dass Wolff Recht hat, wenn er nur solche Fälle dem Chirurgen überlassen wissen will, wo Erscheinungen von Trachealstenose auftreten. Chevalier und Guyon warnen vor der Operation, des echten Bas.-Kropfes; auch Wölffler, Bénard, Kocher sprechen sich im allgemeinen gegen die Operation aus. Kocher emphiehlt die Ligatur der Art. Thyr. u. z. nur dreier von den 4. Die günstigen Erfolge der Resektion des Sympathicus lassen vorläufig ein abschliessendes Urteil nicht berechtigt erscheinen.

Sehe ich von der chirurgischen Behandlung ab, so glaube ich sagen zu dürfen, dass meiner Erfahrung nach eine rationell, konsequent und lange genug durchgeführte Allgemeinbehandlung in der Mehrzahl der Fälle gute, auch dauernde Resultate erzielt, unter der Voraussetzung, dass mannicht immer einer absoluten Heilung zustrebt. Eine solche ist leider nur ein relativ seltener Ausgang, wenn man

nicht Remissionen von 4—5 Jahren als solche ansprechen will; diese kommen aber entschieden nicht selten vor. Je früher aber die Kranken in Behandlung kommen, um so mehr Aussicht auf Heilung ist vorhanden, deshalb ist eine rechtzeitige Frühdiagnose eine Hauptbedingung für eine erfolgreiche Therapie. Speziell sollte jede vasomotorische Neurose als Hinweis auf einen eventuell latenten Bas. betrachtet und aufmerksam verfolgt werden, um so aufmerksamer, wenn in der Aszendenz Kropf vorhanden gewesen ist; man unterlasse daher nie in solchen Fällen auf Struma zu fahnden.

Theorien d. M. B.

Unter den Theorien, die das Wesen des M. B. zu erklären suchten, steht in historischer Hinsicht an erster Stelle die von Basedow selbst aufgestellte, nach welcher eine fehlerhafte Blutmischung, eine Dyskrasie, die Ursache der Erkrankung sei, welche der chlorotischen nahe verwandt sei. Sind auch die von Trousseau dagegen angeführten Gesichtspunkte nicht alle stichhaltig und ist zuzugeben, dass Basedow's Standpunkt nicht mehr zu Recht besteht, so muss man doch unumwunden den Scharfblick Basedow's anerkennen, insofern, als er zu einer Zeit, wo der Intoxikationsbegriff höchstens im Zustande einer dämmernden Ahnung sich befand, das den beiden Krankheitsformen gemeinschaftliche — die Anämie, die Struma, die Palpitationen und Pulsationen, die auch bei der Chlorose bestehende Neigung zur Tachykardie, die Körperschwäche etc. — richtig erkannte, wenn er auch das den beiden Formen identische, die Autointoxikation, gemäss dem damaligen Stande der Wissenschaft, nicht betonen konnte. Im Lichte moderner biopathologischer Betrachtungsweise scheinen mir seine Anschauungen tiefer in das Wesen eingedrungen zu sein, als die ihm nachfolgenden Theoretiker, die alles Wissen und alle Mühe daran setzten dem M. B. einen aetiologischen Sitz innerhalb des Nervensystems zu erobern.

Durch Köben, Piorry, Gros wurde die Sympathikustheorie inauguriert, wonach der Sympathikus durch die vergrösserte Struma einem Druck ausgesetzt werde und durch die dadurch hervorgerufenen Veränderungen das Bild der Trias entstehe, wogegen allein schon die Tatsache spricht, dass die Struma durchaus nicht immer das erste in die Augen fallende Symptom darstellt, abgesehen von den Fällen von wechselständigem Auftreten von Exophthalmus und Struma. Die experimentellen Untersuchungen Cl. Bernard's, die bei der Reizung des zentralen Endes des durchschnittenen Halssympathikus sowohl Erweiterung der Lidspalte, als auch Hervortreten der Augäpfel, dagegen aber Verengerung der Gefässe konstatierten, brachten immer neue Widersprüche zu Tage, welche nur durch Annahme verschiedener Zustände, Reiz- und Lähmungserscheinungen in einen und denselben Nerven zu gleicher Zeit, durch dieselbe lokal wirkende Ursache, in höchst gezwungener Weise erklärt werden konnten. Hat nun auch in der richtigen Erkenntnis dieser Widersprüche Seigel den Sitz der Erkrankung noch weiter zentralwärts verlegt, so konnten dieselben auch dadurch nicht in befriedigender Weise gelöst werden. Sah man sich auch genötigt durch gelegentliche klinische Erfahrungen derartige paradoxe Erscheinungen als zu Recht bestehend anzuerkennen, wenigstens solange keine plausibleren Erklärungen herangezogen werden konnten, so muss ich andrerseits betonen, dass stets übersehen wurde, dass der Bas. durchaus nicht in der klassischen Trias aufgeht, wenn sie auch den sinnfälligsten Ausdruck für ihn bildet, sondern, dass stets eine Reihe höchst eigenartiger und wichtiger weiterer Symptome neben der Trias einhergeht resp. sie ersetzt, die mit einer primären Affektion eines zirkumskripten Bezirks des N-Systems allein nie erklärt werden können.

Nun hatte bereits Benaut von einem ferment figuré vivant gesprochen und Chevalier an Ptomaine gedacht, die sich in Folge von Funktionsausfall der Thyreoidea bilden und auf die Zentren der Med. obl. einwirken sollten. Da kam 1886 Gabriel Gauthier, durch die Folgen der Exstirpation der Schildrüse — die Cachexia strumipriva — und die Atrophie derselben — das Myxoedem — darauf gebracht, auf den Gedanken, die Rolle der Thyreoidea bei der Erkrankung dahin zu praezisieren, dass innerhalb der pathologisch veränderten Schilddrüse schädliche Sekrete gebildet werden, die auf dem Wege der Blutbahn zu den nervösen Zentralorganen gelangen und durch Reizung derselben den ganzen Komplex des Based. hervorrufen. Diesen Gedanken erfasste Möbius 1891 und verallgemeinerte ihn dahin, dass in allen Fällen von Based. eine primäre Erkrankung der Schilddrüse vorliege. Er stützte sich dabei 1) auf die Gegensätzlichkeit von Myxödem und Basedow — hier Vergrösserung, dort Verkleinerung der Thyr., hier Beschleunigung dort Verlangsamung des Pulses, hier Verdünnung, gesteigerte Wärme der Haut, dort Verdickung und Kälte derselben, hier Schweisse, dort Trockenheit, hier Reizbarkeit, dort Stumpfheit und Langsamkeit des Ablaufs der psychischen Funktionen. 2) Auf die Tatsache des Hinzutretens von Basedowsymptomen zu beliebigen Kropferscheinungen. 3) auf den thrapeutischen Erfolg der Resektion.

So verlockend diese Anschauung auch sein mochte, damals fiel sie auf unfruchtbaren Boden und eine Menge von Gegnern erstanden der jungen Theorie. Es wurde dagegen eingewendet, eine ganze Reihe von Thyreoidealgeschwülsten riefen niemals Basedowsymptome hervor, auch die Entfernung der Drüse tue das nicht (White), also könne der Ausfall der Funktion keine Schuld tragen; patholog.-anatomisch seien keine Befunde gemacht worden, die von denen bei gewöhnlichen Strumen abwichen; schliesslich wurde das sich Zurückbilden der Struma in vereinzelten Fällen als Gegenbeweis angeführt. Mendel erscheint es undenkbar, dass ein Organ, welches bei zahlreichen Autopsien normales Drüsenparenchym aufweist, Jahre lang pathologisch funktioniert haben sollte. Auch Buschan schliesst sich dieser Ansicht an. Nun lässt sich dagegen der Einwand erheben, dass Geschwülste, selbst wenn sie einen grossen Teil der Drüse einnehmen, durchaus keinen Based. hervorzurufen brauchen, sofern der Rest normal funktioniert. Wir wissen ja, dass auch ein kleiner normaler Drüsenrest das Auftreten des postoperativen Myxödems verhindert, selbst wenn er in die Bauchhöhle transplantiert wurde und ist somit der Beweis geliefert, dass auch kleine Reste normalen Drüsengewebes einer Störung durch Funktionsausfall die Wage halten können.

Durch die Untersuchungen der letzten Jahre sind, wie schon bemerkt, regelmässig auftretende Veränderungen in der Thyreoidea gefunden worden, die sich als Hyperplasie der sekretorischen Elemente darstellen. Ist damit auch nur ein grobsinnfälliger Befund erhoben, so gestattet er doch den Schluss, dass eine Aenderung der Funktion, wenigstens in quantitativer Hinsicht, in allen Fällen, die zur Obduktion resp. Untersuchung kamen, vorhanden war. Wenn die Zellen des gewucherten Parenchyms normale Beschaffenheit zeigten, so ist damit eine nor-

male Funktion derselben noch keineswegs sichergestellt und eine Aenderung in qualitativer Beziehung weder bejaht, noch verneint, denn haben wir denn vorläufig irgend welchen Einblick in die biochemischen Vorgänge der lebenden Zelle? Wir wissen doch bisher im Grunde genommen noch überhaupt nicht, wodurch sich eine normal funktionierende von einer fehlerhaft funktionierenden Zelle unterscheidet; andererseits wissen wir, dass das Aussehen einer Zelle normale Verhältnisse darbieten kann, trotz aufgehobener Funktion, z. B. bei der Achylia gastrica, wenigstens in der ersten Periode der Erkrankung. Von diesem Gesichtspunkt aus lassen sich auch diejenigen Fälle von Based. die ohne, oder mit nur angedeuteter Struma einhergehen, verstehen, insofern man annimmt, dass eine Funktionsänderung an und für sich nicht an grobsinnliche Veränderungen des Organs gebunden zu sein braucht; auch die kurzdauernden Fälle von Based. können keineswegs gegen die Theorie ins Feld geführt werden, denn wir kennen ja doch auf den verschiedensten Gebieten der organischen Funktion zeitweilige rasch verlaufende Aenderungen derselben, sowohl im Sinne der Steigerung als auch Verminderung der spezifischen Tätigkeit. In biologischer Hinsicht darf zwischen einer Achylie, einer Magensafthypersekretion, einer psychischen Impotenz oder hysterischen Paraplegie kein Unterschied gemacht werden — alle stehen unter dem gemeinsamen Gesetz ihrer spezifischen Funktion. Erscheinen somit einerseits die Gründe, die gegen die Möbius'sche Theorie angeführt wurden als nicht stichhaltig, so sind andrerseits die von ihm seinerzeit ins Feld gerückten Gesichtspunkte neuerdings immer mehr dem allgemeinen Verständnis nähergetreten. Die Anschauungen über die Toxizität als aetiologischen Faktor innerhalb einer grossen Reihe von Krankheiten, denen man früher verständnisslos gegenüber stand, haben immer weitere Einblicke in das Wesen derselben gestattet. Die Autointoxikationen, als Formen verschiedenster Krankheitsbilder, ich nenne nur die Epilepsie, Migräne, eine Reihe von Psychosen, die Neurasthenie, Chlorose, Osteomalazie, Tetanie etc. haben sich Bürgerrecht erworben und darunter tritt auch der Morb. Gravesii als wohlberechtigtes Glied auf; wenn auch noch nicht vollständig anerkannt (z. B. Ehrlich) bricht sich die Erkenntnis, dass er das Produkt einer Intoxikation sei, immer stärker und bewusster Bahn. Gestatten wir uns einen nochmaligen Rückblick auf seine Symptomatologie, so sehen wir, dass dieselbe sich im Laufe der Jahre wesentlich vergrössert hat und ferner dass die verschiedensten Organe und Systeme beim Zustandekommen des Gesammtbildes mitwirken.

In erster Linie sind es die Vasomotoren, die betroffen werden. Die Schlaflosigkeit, das Hitzegefühl, die Struma, wenigstens in der ersten Zeit ihres Bestandes, zum Teil der Exophthalmus, lassen sich ungezwungen durch eine Affektion derselben erklären. Ferner unterliegen die Sekretoren einer Funktionsänderung, die sich in der erhöhten Schweisssekretion und zum Teil wohl auch den Darmstörungen äussert, die andrerseits auch als kompensatorische, gifteliminierende Vorgänge aufgefasst werden. Die Erkrankung der motorischen Herznerven findet ihren Ausdruck in der Tachykardie, diejenige der Muskulatur im Tremor, dem Möbius'schen Symptom, teilweise dem Exophthalmus. Ich schliesse mich hiermit der durch Lemke vertretenen Anschauung an, nach welcher diese Erscheinungen sich nur in der Muskulatur abspielen und ihren Ausdruck in dem Verlust resp. der Herabsetzung des Muskeltonus finden; letzterer wird aus einem kontinuirlichen in einzelne partielle Zuckungen zerlegt. Den Grund dafür giebt die schon erwähnte von Askanazy in allen sezierten Fällen konstatierte fettige Degeneration der willkürlichen Muskulatur ab.

Es ist dies meiner Auffassung nach der erste positive unanfechtbare pathol.-anatomische Befund und der erste, aber auch vollauf genügende Beweis für die toxische Provenienz des Basedow. Das toxische Agens ist, oder enthält ein direktes Muskelgift, welches den Tonus der willkürlichen Muskulatur herabsetzt und destruktiv auf die Muskelfaser einwirkt.

Ferner muss es ein Protoplasmagift im allgemeinen sein, denn es ruft stets Abmagerung hervor u. z. in vielen Fällen hochgradige und rapide Abmagerung, trotz gutem Appetit, ja Heisshunger.

Schliesslich glaube ich doch den schon von Basedow selbst hervorgehobenen bis zu einem gewissen Grade vorhandenen Parallelismus zur Chlorose nicht ausser Acht lassen zu dürfen, der in der Annahme eines, bei dieser in isomerer (?) Modifikation vorhandenen, Blutgiftes eine Erklärung finden könnte, wodurch die, beiden Erkrankungsformen gemeinschaftlichen, Symptome in einen gewissen aetiologischen Zusammenhang gebracht werden könnten, der nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen ist. Die Berührungspunkte zwischen der Parkinsonschen Krankheit und dem M. Bas. dürften an die Möglichkeit verschieden konstruierter Sekretionsprodukte der Thyreoidea resp. des Funktionssystems — Thyreoidea — Parathyreoidea — denken lassen.

Aus dem bisherigen ersehen wir, dass wir ein Recht haben, anzunehmen, dass, wenigstens in Bezug auf das Muskelsystem und den Stoffwechsel, die Einwirkung eines toxischen Agens für das Zustandekommen des Bas. Symptomenkomplexes gesichert ist und wäre es ein Unding, dieses Moment hinsichtlich der übrigen Systeme leugnen zu wollen, um so mehr, als die Erscheinungen von Seiten des Nervensystems sich ungezwungen den Voraussetzungen unterordnen. Dass der Ablauf der psychischen Funktionen dem Einfluss toxischer Agentien unterworfen ist, unterliegt keinem Zweifel, dass psychische Erregungen ihrerseits somatische Vorgänge in Erscheinung treten lassen, ist nicht weniger sicher; das ganze Bild des Angstkomplexes mit der Tachykardie, der Pulsation der Gefässe, Blässe des Gesichts, dem Tremor der Körpermuskulatur, dem Schlottern der Kniee, dem aus den Höhlentreten der Augen, dem Angstschweiss, den Störungen von Seiten des Darms und der Blase (Buschan) erinnert, so vorübergehend es ist, durchaus an Bas.-Symptome; wir kennen das Ergrauen der Haare nach heftigen Gemütsbewegungen und eine Reihe anderer Hemmungs- und Reizvorgänge auf dem Gebiete der Se- und Exkretion und Trophik; warum soll es uns Wunder nehmen, trotz Annahme eines toxischen Moments, seelische Vorgänge bei der Entstehung des Bas. eine Rolle spielen zu sehen? Wenn seelische Vorgänge akut ablaufende, somatische Veränderungen zur Folge haben, warum sollen nicht andauernde, immer wiederkehrende Impulse chronische Veränderungen nach sich ziehen können? Ich meine einer solchen Ausführung kann nichts im Wege stehen. Es fragt sich nur warum denn gerade die Thyreoidea dabei eine Rolle spielen soll und nicht andere Organe? Ich möchte die Frage aus einer entwickelungsgeschichtlichen Erwägung heraus zu beantworten

versuchen, die es mir wahrscheinlich macht, dass die Thyreoidea ein Organ ist, welches mit Entgiftungstendenzen ausgestattet ist.

Der ganze Stoffwechselvorgang bei den niedersten Organismen ist ja relativ ein höchst einfacher. Er setzt sich zusammen aus Aufnahme der Nährstoffe, ihrer Verarbeitung im Protoplasma und der Abfuhr der sich als Endprodukte der Zersetzung bildenden Stoffe, die als solche für den Organismus schädliche Gifte darstellen.

Untersuchungen an Elementarorganismen haben z. B. in ihrer Atmosphäre Kohlensäure nachgewiesen, die nur den Zellen selbst entstammen konnte. Es treten bei den Infusorien Vakuolen auf, die sich füllen, platzen und schwinden; dieses unter dem Mikroskope zu verfolgende immer wiederkehrende Spiel ist wohl mit Recht mit exkretorischen Vorgängen in Verbindung gebracht worden. Bei den Gastrulae, die bereits eine Darmhöhle besitzen, ist schon ein spezielles Organ aufgetreten, welches die Rolle des Ernährers und Schützers gleichmässig übernommen hat—die Darmhöhle. Auf je höhere Entwickelungsstufen wir gelangen, um so komplizierter wird naturgemäss der Prozess. Neben der Darmhöhle bilden sich andere Zellkomplexe, die nicht mehr mit dem Darmrohr in unmittelbarem Zusammenhang stehn und doch müssen die intermediären Stoffwechselprodukte dieser Zellgruppen gleichfalls entfernt werden. Es besteht aber innerhalb jeder Zelle das Bestreben gegen ihren Untergang zu reagieren. Dieses findet ihren Ausdruck in der Bildung von Neutralisationselementen. Der Reiz der giftigen Stoffe bedingt von sich aus chemische Umsetzungen und ruft somit den formativen Impuls des Protoplasma's hervor. Je spezifizierter die Funktion der neugebildeten Zellkomplexe wird, um so schwieriger natürlich die Tätigkeit derselben nach beiden Seiten hin zu wirken im Sinne ihrer spezifischen Funktion — und im Sinne der Abwehr andrerseits. Dieser sich immer komplizierter gestaltende Kampf ums Dasein der Zellen im Sinne der höchsten Zweckmässigkeit, der Arbeitsteilung, tritt nun als formativer Impuls in immer höherem Grade in Erscheinung und die in den Zellen ursprünglich vereinheitlichte Doppelrolle der Arbeit und Abwehr, zwingt sie zu einer Spaltung: ein neuer Zellkomplex sondert sich ab und tritt sekundierend der ihre Kraft nun mehr in einer Richtung äussernden Funktion zur Seite. Dies ist das Paradigma, nach welchem in immer grösserem Formenreichtum sich neue Organe herausbilden und unter ihnen jene, die als Schutz- und Hilfsapparate der hochentwickelten Organismen auftreten, bestimmt für den Kampf der Gewebe mit den schädlichen Produkten des intermediären Zellstoffwechsels.

Wir treffen nun in jedem der Keimblätter derartige bis vor kurzem noch rätselhafte Gebilde. Im äusseren die Hypophysis und Glandula pinealis, im mittleren die Nebennieren, im inneren den Thymus die Gl. Parathyreoideae und die Thyreoidea.

Nun ist aber die Thyreoidea ein phylogenetisch uraltes Organ. Sie findet sich durch die gesammte Reihe der Wirbeltiere bis hinab zum Amphioxus lanzeolatus; ja noch tiefer in der Entwickelungsreihe, in der Familie der Molluskoiden, hat sie ihr Analogon in der Hypobranchialrinne der Tunikaten. Sie erscheint mir somit als eines der ersten abgesonderten Organe, das sich als selbstständiges Schutzorgan herausgebildet hat. Wenn wir uns dessen erinnern, dass das innere Keimblatt, hauptsächlich dem Verdauungsapparat, nebst den beim Verdauungsakt beteiligten Organen, Speicheldrüsen, Leber, Pankreas, zum Ursprung dient, so scheint mir die Annahme erlaubt, dass auch die Thyreoidea mit den Funktionen des Verdauungstraktus in näherem Kausalzusammenhang stehe und ihre Funktion eine gewisse Rolle dabei zu spielen habe. Schien es mir aus diesen entwickelungsgeschichtlichen Ueberlegungen gestattet, daran zu denken, so bestätigte mich eine anatomische Erwägung des weiteren darin, dass diese Anschauung nicht ohne Berechtigung ausgesprochen werden dürfte. Ich erinnere daran, dass die Lymphgefässe des Darmtraktus sich im Mesenterium zu grösseren Strängen sammelnd, schliesslich im Ductus thoracicus sich zu einem grossen Lymphstrang vereinigen, der hinaufziehend im Vereinigungwinkel der Vena jugularis communis und subclavia sinistra sich in das Venensystem ergiesst. Andrerseits sammeln sich die Venen der Thyreoidea zum Plexus Thyreoid. imus und dieser wiederum vereinigt sich zur Vena Thyreoidea impar, die sich dicht unterhalb der Einmündungsstelle des ductus Thoracicus in die Anonyma sinistra ergiesst (Hyrtl). Mir scheint dieses Zusammentreffen, welches für ein ursprünglich paariges Organ doch eigentümlich ist, ein Wink dafür zu sein, dass das kein blinder Zufall ist, soweit man überhaupt von einem solchen sprechen kann, denn die Gesetze über Bau und Entwickelung aller Lebewesen sind stets auf zweckmässige Notwendigkeit gegründet. Da die Lymphe des gesammten Darmtraktus - ich spreche nicht nur vom Chylus — stets mit Stoffwechselprodukten der Darmgewebe und ihrer spezifischen Funktion beladen ist, die auf dem Wege des Ductus thoracicus direkt ins Blut gelangen, so ist es wohl denkbar, dass die Aufgabe der Thyreoidea zum Teil auch darin besteht, die unmittelbar oberhalb der Vena impar eintretenden Chylusgemenge in irgend einer Weise unschädlich zu machen. Sei es nun, dass einerseits abnorme Darmprodukte gebildet werden, die, in die Blutbahn gelangt, auf den Chemismus der Thyreoidea modifizierend einwirken, sei es dass die Sekrete derselben, auf anderem Wege beeinflusst, physiologischen Darmgiften nicht vollwertig entgegentreten können, das sind Fragen, deren Beurteilung und Beantwortung der Zukunft anheim gestellt werden muss. Ich beschränke mich darauf jene Fälle von Morb. Bas. ins Gedächtnis zu rufen, die in akuter und akutester Form mit unstillbarem Erbrechen und Diarrhoen einsetzen, unter dem jedem unbefangenen Beurteiler sich aufzwingenden Bilde schwerster Magen- und Darmintoxikation, in kurzer Zeit zum Tode führen. Diese Fälle lassen die Beteiligung des Intestinaltraktus an dem Zustandekommen des Based. nicht nur möglich erscheinen, sondern fordern einen Kausalzusammenhang direkt heraus. Die ganze Frage des Chemismus der Thyreoidea ist vorläufig ja noch eine terra incognita, aber die ersten Pfade in diesem Urwalde biochemischer Prozesse sind doch schon eingetreten und es ist Aussicht vorhanden auch über die Funktion der Thyreoidea mit der Zeit ins klare zu kommen. Störungen des biochemischen Energieumsatzes sind schliesslich die letzten Gründe für das, was wir Krankheit nennen, aber auch die letzten Marksteine bis zu denen wir Krankheitszustände werden verfolgen können.

Wenn man bis vor kurzem den Bas. als eigentümliche Erkrankung betrachtet hat, die sich in keine andere Gruppe zwanglos eingliedern lasse, so haben sich in den letzten Jahren Stimmen erhoben,

die dem widersprechen; man hat eine ganze Reihe anderer Zustände, deren Aetiologie und Klassifizierung unklar war und unmöglich erschien, näher analysiert, sie in ihrer Aetiologie, ihren Kombinations- und Uebergangsformen genauer kennen gelernt. Es sind das die zur grossen Gruppe der Muskelerkrankungen gehörigen Formen, die Myotonie oder Thomson'sche Krankheit, die Myasthenie, die Tetanie, die Myatonia periodica, die Paralysis agitans, die Myoclonie. All diese Formen bilden unter einander Berührungspunkte; abgesehen von der gemeinschaftlichen Dominante, der Lokalisation im Muskelsystem, gehen sie in einander über, kombinieren sich in mannigfaltiger Art, haben gemeinsame hereditäre Momente u. s. w. Ich glaube, die Zeit ist nicht mehr fern, wo die Anschauung sich Bahn brechen wird, dass sie sämmtlich, mit Einschluss des Morb. Basedowii als zu einer grossen Gruppe, derjenigen der endogenen Toxikosen gehörig, werden betrachtet werden, die auf dem Boden angeborener Hypoplasie und in Folge dessen funktioneller Insuffizienz erwachsen, in Folge deren die hypoplastisch veranlagten Systeme den Anforderungen des Lebens und den durch das Leben gesetzten unaufhörlichen Kampfbedingungen nicht gewachsen sind und unterliegen.

Ein Fall von Chlorom.

Von

Dr. med. Conrad Lehmann.

Im Februar 1906 kam im Börsenhospital zu St. Petersburg ein Fall einer selteneren Erkrankung zur Sektion, den ich hier besonders im Hinblick auf sein grosses pathologisch-anatomisches Interesse kurz besprechen will.

Der Krankengeschichte entnehme ich kurz folgende Daten:

Patient N. Sch. 19 J. a. erkrankte ungefähr am 7. Februar c. an Blutungen aus dem Zahnfleisch. Kurz darauf traten kleine subkutane Blutungen am ganzen Rumpf und an den oberen und unteren Extremitäten ein. Dabei fühlte sich der Patient subjektiv ganz wohl. Die Blutungen aus dem Zahnfleisch bestanden aber fort.

Am 21. Februar wurde dem Patient ein oberer Backenzahn gezogen, wobei eine sehr heftige Blutung eintrat, welche nur mit Mühe zum Stehen gebracht werden konnte.

Um 11 Uhr abends wurde der Patient ins Hospital gebracht,—mit Blut besudelt und ungemein schwach. Puls fadenförmig.

Es wurden ihm sofort 1000 Ccm. physiologischer Kochsalz lösung subkutan eingeführt, worauf sich der Puls bald besserte. Patient verbrachte die folgende Nacht ruhig.

Anamnestisch liess sich feststellen, dass der Patient früher an Gelenkrheumatismus gelitten hat. Eltern gesund. Früher keine ähnlichen Erkrankungen gehabt. Kein Alkohol—oder—Nikotinmissbrauch, keine Lues.

Während seines Aufenthaltes im Hospital wurde der Patient immer schwächer, die subkutanen Blutungen vermehrten sich. Die Lungen zeigten normalen Befund, desgleichen Stuhl und Urin. Milz und Leber vergrössert. Fieber. Am Herzen waren dazwischen Geräusche zu hören, die aber wieder schwanden. Der Patient klagte viel über Schmerzen im rechten Ellenbogengelenk und in beiden Schienbeinen. Sternum und Schienbeine druckempfindlich. In den letzten Tagen erblindete der Patient auf dem rechten Auge; er hatte schon seit einiger Zeit über Störungen des Sehvermögens auf diesem Auge geklagt. Der Blutbefund zeigte das Bild einer Leukämie. — 35% Hämoglobin nach Tallquist. — Unter zunehmender Schwäche starb der Patient am 1. März.

Dem Sektionsprotokoll entnehme ich auch kurz die wichtigsten Daten:

Aeusserst blasse Leiche. In den Körperhöhlen keine freie Flüssigkeit. Herz schlaff, blass, von normaler Grösse. Im Herzbeutel einige Tropfen klarer Flüssigkeit. Lungen überall lufthaltig. Auf den Pleuren zahlreiche Ekchymosen und einzelne erbsengrosse Knötchen, die auf dem Durchschnitt eine grünliche Farbe zeigen.—Das Peritoneum spiegelnd glatt. Die Milz mehr als um das Doppelte vergrössert, die Kapsel prall gespannt. Pulpa blassrot. Die Leber von normaler Grösse, Kapsel glatt. Gewebe gelbbraun. Die rechte Niere von normaler Grösse, Kapsel leicht abzuziehen, Oberfläche glatt, blass, Gewebe äusserst anämisch, Rinde mehr gelblich, in derselben ein etwa erbsengrosses grüngefärbtes Knötchen.—Die linke Niere zeigt dasselbe Bild, nur enthält sie keine Knötchen.—Der Darm ist normal mit Ausnahme eines ca. 15 cm. langen Stückes in der Gegend der Flexura lienalis, woselbst der Darm eine missfarbigschwärzlich-grüne Verfärbung zeigt. Die lymphatischen Apparate in diesem Darmstück stark geschwellt und die umliegenden Drüsen bis zu taubeneigross, schwärzlich grün und zeigen auf dem Durchschnitt eine heller grüne Farbe. Längs der Wirbelsäule liegen mehrere grosse Pakete ebenso beschaffener Drüsen. Die Halsorgane und die Organe des uropoetischen Systems zeigen keinerlei Veränderungen. Das Mark des rechten Femur zeigt eine lebhaft grüne Farbe, dasjenige des Sternum ist schmutzig grün. Das Gehirn zeigt normale Verhältnisse, die Cerebrospinalflüssigkeit klar, nicht vermehrt. Die Spongiosa der Knochen der rechten Orbita ist deutlich grün und besonders ist der knöcherne Kanal des nervus opticus, insbesondere das Dach desselben wie aufgetrieben und mit einer grünlichen, schmierigen Masse erfüllt. Linkerseits ist die Spongiosa des Scheitel- und—Stirnbeins blass grünlich verfärbt.

Mikroskopische Untersuchung:

Nieren zeigen parenchymatöse Trübung des Epithels der tubuli contorti, Quellung und Abstossung des Glomerulusepithels. Feinkörnige Massen in den Glomeruluskapselräumen.—Das kleine Knötchen in der rechten Niere besteht aus einer Anhäufung von Rundzellen im interstitiellen Gewebe der Niere. Die gleiche Struktur zeigen die Knötchen in der Pleura.

Milz zeigt keine besonderen Veränderungen nur ziemlich viel eingelagertes gelblich körniges Pigment.

Die oben angeführte Partie des Colon zeigt in der Mucosa starke kleinzellige Infiltration, die bis in die Submucosa hineinreicht und die Drüsenschläuche auseinanderdrängt. In der Leber mikroskopisch bis auf eine leichte Verfettung der Leberzellen normaler Befund. Die oben erwähnten mesenterialen vergrösserten grünlichen Lymphdrüsen zeigen sehr stark erweiterte Lymphwege, die mit ganz besonders grossen einkernigen runden Zellen erfüllt sind. Sie enthalten rote Blutkörperchen, darunter kernhaltige,- Kerntrümmer und viel hämorrhagisches Pigment. Das Bindegewebe der Lymphwege ist etwas verdickt; es findet sich in der Drüse keine eigentliche Hyperplasie des lymphatischen Gewebes sondern Infiltration der Lymphwege.

Ausstrichpräparate des Knochenmarkes des rechten Femur, des Sternum, der grünlichen Massen in der Spongiosa des Orbitaldaches und der eingelagerten Massen im knöchernen Dache des rechten Canalis opticus zeigen sich als in der Hauptsache bestehend aus grossen einkernigen Zellen mit bläschenförmigem Kern. Daneben finden sich einzelne eosinophile Zellen, sowie kleinere Zellen mit granulierten Kernen und schmalem Protoplasmasaum, und sehr zahlreiche kernhaltige rote Blutkörperchen.

Schnittpräparate aus dem Knochenmark nach vorheriger Entkalkung des Knochens untersucht, lassen zwar weniger klar die Einzelheiten der Zellstruktur erkennen, ergeben aber mit ganz besonderer Deutlichkeit einen vollständigen Schwund des Fettgewebes und die Substituirung desselben mit dicht aneinander liegenden Zellen, welche die im Ausstrichpräparate beschriebenen Kennzeichen darbieten.

Fassen wir das Ergebnis der Untersuchungen kurz zusammen:

Klinisch eine der Leukämie ähnliche rapid zum Tode führende Erkrankung mit Hämorrhagien der Haut und Schleimhäute, Milztumor und Erblindung des rechten Auges. — Pathologisch-anatomisch sehen wir eine Erkrankung, gekenntzeichnet durch das Vorhandensein grünlich gefärbter Knötchen in der rechten Niere und den Pleuren, welche histologisch aus Rundzellen bestehen, die in hohem Masse an lymphatische Zellen erinnern. Weiter durch eine vorzugsweise grünliche Färbung des Knochenmarkes, welches mikroskopisch vollständigen Schwund des Fettgewebes und Ersatz

desselben durch hauptsächlich lymphatische Zellen darbietet; — durch eine gleichfalls grünliche Beschaffenheit zahlreicher vergrösserter Lymphdrüsen und schliesslich durch eine hochgradige Anämie sämmtlicher Organe.

Auf diese Anämie ist augenscheinlich auch das Vorhandensein der sehr zahlreichen kernhaltigen roten Blutkörperchen im Knochenmarke, — — ein an und für sich recht seltener Befund, — — zurückzuführen den man mit Hollmann als eine Regeneration des Blutes seitens des Knochenmarkes, als Reaktion auf die intra vitam stattgehabten hochgradigen Blutungen auffassen könnte. — Was schliesslich den Befund in der Flexura lienalis coli betrifft, so dürfte es sich wohl kaum um eine Erkrankung handeln, welche in essentieller Beziehung zu den übrigen anatomischen Veränderungen des Falles steht, sondern um einen accidentellen Befund.

Die gefundenen pathologischen Veränderungen berechtigen uns den vorliegenden Fall als einen solchen von Chlorom anzusehen, dieser eigentümlichen, relativ seltenen Erkrankung, die von vielen Autoren als eine lymphatische Neubildung analog den leukämischen und pseudoleukämischen Lymphomen angesehen wird.

Die Literatur über das Chlorom ist allmählig ganz bedeutend angewachsen; leider war mir nur ein Teil derselben im Originale zugänglich, im Uebrigen musste ich mich auf Referate beschränken.

Schon 1866 beschrieb Dressler einen Fall von Chlorom, dem Virchow einige epikritische Bemerkungen beifügte und sich dahin aussprach, dass es sich um ein Sarkom handele, und in Dr. Karl Hubers Arbeit (1878) werden in der Literaturübersicht Arbeiten von Balfour (1834) und Durand-Fardel (1836) angeführt.

Unter den neueren Arbeiten sind es besonders die von Dock und die von Rosenblath und von Risel, die Fälle von typischem Chlorom sehr eingehend klinisch und pathologisch-anatomisch schildern. Nach letzterem Autor sind es zwei Punkte auf die es beim Chlorom hauptsächlich ankommt:

Einmal die Frage nach der Natur der grünen Färbung, welche den Namen „Chloroma", „Cancer vert", veranlasst hat.

Zweitens nach der Stellung, welche dieser Erkrankung unter den Tumoren einzuräumen ist. — Riesel entscheidet sich, -- was die zweite Frage betrifft, — dafür, dass das Chlorum ein Lymphosarkom von eigentümlicher, grüner Farbe sei, welches unter den klinischen Erscheinungen einer Leukämie aufträte. — Andere Autoren betonen, dass es sich nicht um einen Tumor im engeren Sinne handele, sondern um eine Ueberschwemmung des gesammten Organismus mit grossen einkernigen Rundzellen. Wieder andere wollen im Chlorom eine atypische Wucherung des lymphoiden Gewebes sehen.

Hinsichtlich des ersten Punktes, der Grünfärbung der Chlorome, — herrscht grosse Meinungsverschiedenheit in Bezug auf die Herkunft der grünen Farbe.

Einzelne Autoren wollen die Farbe als Fettpigment ansehen, andere als eine Parenchymfarbe im Sinne Virchow's (ähnlich wie bei der Färbung des grünen Eiters).

Noch andere schreiben der Farbe einen hämatogenen Ursprung zu, wieder andere denken an die Tätigkeit pigmentbildender Bakterien. Einige Autoren meinen die Farbe stehe chemisch den Gallenfarbstoffen nahe. Waldstein behauptet sie träte dort am deutlichsten hervor, wo anderweitige Anzeichen von Blutungen im Gewebe vorhanden wären.

Jedenfalls scheinen die meisten Beobachtungen darauf hinzuweisen, dass die Farbe eine sehr vergängliche sei; was auch ich zu beobachten Gelegenheit hatte. Schon einige Stunden nach der Sektion verblasste das hellere Grün zu einem schmutzigen Grün und nahm allmälich einen grauen Ton an, und zwar auch nicht gleichmässig. So blieb das Sternalmark ziemlich lange graugrün, das Femoralmark wurde bald grau und allmählig weisslich-grau während die lebhaft grünen Massen im Dach des Canalis opticus sehr schnell gelblich-weis wurden.

Interessant ist eine Beobachtung von Trevithick, dem es gelang mit Wasserstoffsuperoxyd die grüne Farbe wieder darzustellen. — Einige Organe seines Falles von Chlorom hatten ca. zwei Monate in Formalinlösung gelegen und doch gelang es ihm die grüne Farbe durch Eintauchen der Präparate in ein Wasserstoffsuperoxydbad in einigen Minuten wieder zu Gesichte zu bringen.

Die Handbücher und Lehrbücher geben im Allgemeinen nur kurze Notizen über die Chlorome. Ziegler sagt sie können den Lymphosarkomen zugezählt werden. Borst bezeichnet sie als Neubildungen von lymphomartigem Charakter, andere als echte Rundzellensarkome.

Nicht ohne Interesse dürfte es sein, dass das Orbitaldach eine Prädilektionsstelle für die Ablagerung der grünen Massen abzugeben scheint. Darauf weist schon Ziegler unter Anderen hin.

Auch im vorliegenden Falle fanden wir diese Veränderungen. Auf diesen Befund lässt sich wohl auch die rechtseitige Erblindung des Patienten zurückführen.

Literatur

1) Allan-Burns. Bemerkungen über die chirurgische Anatomie des Kopfes und des Halses übersetzt von Dohlhoft. Halle. 1821.
2) Aran. Archives générales de médic. Octobre 1854.
3) Ayres S. C. A Case of Chloroma Journal of the American Medical Association 1896 vol. II.
4) Alt Adolf. American Journal of Ophthalmology March 1897.
5) Borst. Die Lehre von den Geschwülsten.
6) Balfour. Edinburgh medical and surgical Journal. Vol. 43. 1835.
7) Bramwell B. Notes on a Case of Chloroma, Scottish Medical and Surgical Journal 1902 vol. X. also Lancet 1902 vol. I. British Medical Journal 1902 vol. II.
8) Bramwell. Clinical studies of Chloroma Edinburgh. Oct. 1904.
9) Buschke. Berliner Klin. Wochenschr. 1905.
10) Behring und Wicherkiewicz. Berliner Klin. Wochenschr. 1882.
11) Bernheimer. Bericht der Heidelberger Ophthalm. Gesellsch. 1889.
12) Birch-Hirschfeld F. V. Bd. 21. S. 384 (Aufl. III)
13) Beneke. Verhandl. der Deutsch. Pathol. Gesellsch. 1898. (I. Tagung. Fall v. Lubasch. Discussion).
14) Dressler W. Ein Fall von sogen. Chlorom, Virchow's Archiv Bd. 35. 1866 dazu Zusatz v. Virchow.
15) Dunlop G. H. Melville. A Case of Chloroma with pathol. report British. Medical Journal 1902 vol. I.
16) Durand-Fardel M. Tumeur des méninges. Bulletins de la société anatomique de Paris. T. XI. 1836.
17) Drozda. Gesellschaft f. inn. Med. Oct. 23. 1902; Wiener Klin. Wochenschr. 1902.
18) Dittrich. Leistungen der path.-anat. Lehranstalt zu Prag. 1845. Prager Vierteljahrschrift. Bd. II. 1846.
19) Dock G. Chloroma and its relations to leukaemia. American Journ. of the med sciences. vol. 106. 1893.
20) Dock G. and Warthin. A. S. Chloroma with Leukaemia. 1904. Transactions of the Associat. of. Americ. Physicians.
21) Chiari H. Zur Kenntnis des Chloroms. Prager Zeitschrift für Heilkunde. 1883. Bd. IV.

22) Gade. Bidrag til kundskaben om klorom Nordiskt. medic. ark. 1884. Bd. 16.
23) Guembel Lev. Ueber das Chlorom und seine Beziehung zur Leukämie. Virchows Archiv Bd. 171.
24) Ehrlich P. Lazarus E. und Pinkus F. Leukämie, Pseudoleukämie und Haemoglobinämie. Wien. 1891.
25) Haedicke Dr. med. J. Leukocyten als Parasiten der Wirbeltiere. 1904.
26) Huber Karl. Studien über das sogenannte Chlorom. Archiv für Heilkunde. Bd. 19. 1878.
27) Hollmann. St. Petersburger Med. Wochenschrift. 1906.
28) Heyden. Das Chlorom. Wiesbaden 1904.
29) Höring Karl. Ein Beitrag zur Kenntnis des Chloroms. Arbeiten aus dem path. Instit. zu Tübingen. Braunschweig. 1891.
30) Hichens P. S. Some Remarks on a case of Chloroma. British Med. Journal. 1903.
31) Harris P. and Moore F. C. The Lancet 1902 vol. I.
32) Hitschmann Ed. Ein Fall von Chlorom. Wiener Klin. Wochenschr. 1903.
33) Hillier. Transactions of the pathol. society of London. Vol. VII. 1855.
34) Klein und Steinhaus J. Ueber das Chlorom. Centralblatt f. allg. Path. u. pathol. Anat. 1904. № 2. B. XV
35) Klebs. Path. Anat, II. 1889.
36) Koerner Prof. O. Ein Fall von Chloroma beider Schläfenbeine etc. Zeitschr. f. Ohrenheilkunde 1896. Bd. XXIX.
37) King Alex. a) A case of Chloroma. London and Edinburgh monthly Journal of medic. science. Vol. XVII. 1853.
b) Archives générales de méd. 1854.
38) Lang G. Monographie du Chloroma.
Archives générales de méd. 1893. Vol. 2.
39) Lang G. De quelques cas récents de Chloroma ibidem. 1898.
40) Lubarsch O. Die pigment. Sarkome. Zusammenf. Referat in Lubarsch und Ostertag's Ergebnissen der allg. Path. und pathol. Anat. Jahrgang II. 1897.
41) Lubarsch O. Zur Kenntnis der Chlorome des Schläfenbeins. Zeitschr. für Ohrenheilk. 1897.
42) Lebert H. Cáncer encephaloide vert. etc. Paris 1857.
Traité d'Anatomie pathol. t. I.
43) Mackenzie. A pract. treatise of the diseases of the eye. Philadelphia. 1855.
44) Paget James. Lectures on Tumours. London. Medical Gazette. Vol. 48. 1851.
45) Paviot et Gallois
a) Etude sur la vraie nature du cancer vert. Gazette hebdomadaire. 1897.
b) De la véritable Nature du Chloroma. Lyon méd. 1896.
46) Paltanf R. Lubarsch u. Ostertag's Ergebn. d. allg. Path. u. pathol. Anat. 1897. Jahrg. III. Abt. I.
47) Paviot et Fayolle cf. Lang — (l. O.) und „Province médicale". 1897. Vol. XI.
48) Risel. Deutsch. Arch. für Klin. Med. Bd. 72. 1902. Zur Kenntnis des Chloroms.
49) Rosenblath. Ibidem. Ueber Chlorom und Leukämie.
50) v. Recklinghausen. Tagebl. d. 58 Naturforscherversammlung. Ueber Chlorome. 1885.
51) Sternberg Dozent Dr. Carl. Zur Kenntnis d. Chloroms. Beitr. zur path. Anat. und allgem. Path. v. Dr. E. Ziegler. Bd. 37. H. 3.
52) Sternberg Dozent Dr. K. Verhandl. d. Deutsch. pathol. Gesell. 6 Tagung. 1903.
53) Sutherland L. R. A Case of Chloroma. Scottish Med. and. Surg. Journal. 1902.
54) Schmidt Otto. Ueber einen Fall von Chlorom. Inaug. Dissert. Göttingen. 1895
55) Stevens. Glasgow Med. Journal 1903. Bd. IX. A Case of Acute Leukämia etc.
56) Trevithick Edgar. A Case of Chloroma with Clinical Hist. etc. Lancet, July 1903.
57) Trevithick Edgar. Concerning the Nature of the Green Pigmentation of the Tissues in Chloroma. — Lancet. Aug. 1903.
58) Virchow. Die krankhaften Geschwülste. 1864. Bd. II.
59) Waldstein Louis. Ein Fall von progressiver Anämie etc. Virchow's Archiv. Bd. 91. 1883.
60) Uhle und Wagner. Handb. der allgem. Pathol. 1876.
61) Weinberger M. Gesellsch. f. inn. Med. Febr. 1903 und Wiener klin. Wochenschr. 1903.
62) Ziegler. Lehrbuch der allgem. Pathol. 1904.

Zur Diagnose der Sprachstörungen.

Von

Dr. E. Masing.

In den einleitenden Werken seiner Gehirnpathologie nennt Monakow das menschliche Gehirn „Das vornehmste und komplizierteste Werk der Natur." Das wird wohl stimmen und daher der Reiz, sich mit diesem zu beschäftigen. Man muss Edinger und Wallenbergs „Uebersicht über die neueren Arbeiten in der Gehirnanatomie" in Schmidt's Jahrbüchern Bd. 287 durchsehen, um eine Vorstellung zu bekommen, wie viel hier gearbeitet wird. Es giebt noch so viel Unbekanntes zu entdecken und das lockt wie zum Nordpol so zum menschlichen Gehirn, besonders da Erfolge nicht ausbleiben. Man denke nur an die Lokalisationen in der Grosshirnrinde, die in rascher Reihenfolge von 1861 (Broca-motorische Sprachregion) bis 1877 (Munk—Sehsphäre) entdeckt wurden, und was seitdem alles an festen Tatsachen gefunden worden ist. Daher konnte neuerdings Hitzig mit Stolz sagen („Welt und Gehirn" 1905): unsre Anschauungen von den Funktionen des Zentralnervensystems beruhen, man kann wohl sagen, auf ganz fester Grundlage.

Auf dieser Grundlage wird weiter gebaut. Da sind auch die bescheidensten Bausteine zu brauchen, wenn sie nur zuverlässig sind. Freilich sind die hier mitgeteilten Krankengeschichten (es soll eine Fortsetzung sein meines Artikels „Sprachstörungen" St. Petersb. med. Wochenschrift. 1904 № 30—31) nicht einmal alle durch eine Sektion abgeschlossen, und kein Mal ist das Gehirn mikroskopiert worden, daher erfüllen sie schlecht die Ansprüche, die man jetzt an einen Baustein stellt. Aber auf der Hofseite des Gebäudes werden sie doch zu verwerten sein.

1) Sensorielle Aphasie. Herr Nicolai L.[1]) 60-jähriger Beamter. Rechtshänder. Starker Raucher. Alkoholiker. Immer gesund gewesen. Ende 1903 oft zerstreut. Vorübergehende Sprachstörungen. Januar 1904 immer konfuser. Am 23. Januar plötzlich totale sensorische Aphasie und Hemianopsie links. Er versteht kein Wort, das man zu ihm spricht; sonst nicht taub, er hört die Klingel, Geräusche im Nebenzimmer etc. Intelligenzschwäche gegen früher, allmählig bis zum Tode, 9 Monate später, zunehmend. Anfangs sprach er selbst viel, es war aber ein sinnloses Gebabbel, nur wenn er heftig wurde, kamen gute Sätze heraus (zur Köchin am 10. März) „geben Sie rascher das Essen, es ist ja auch für Sie besser, wenn sie früher fertig sind" etc. Das kam alle paar Tage vor fast bis zum Tode. Lesen nicht möglich; anfangs noch Versuche, in die Zeitung zu blicken, und ab und zu ein grossgedrucktes, sehr bekanntes Wort laut gelesen, dann auch das nicht mehr. Abschreiben und auch Diktatschreiben unmöglich, Spontanschreiben anfangs sehr viel, ganze Bogen voll, aber ebenso sinnloses Zeug, wie er es sprach, nur ab und zu ein gutes Wort („heute"), das er dann in jeder Zeile wiederholte; in den letzten Lebensmonaten keine Schreibversuche mehr. Sonst keine Defekte. nirgends Motilitäts- oder Sensibilitätsstörungen, keine spastische Zeichen; Reflexe, Pupillen, Blase, Mastdarm, Appetit etc. gut. Dilatiertes Fettherz mit Arteriosklerose.

Bis zum Mai keine Apraxie Er weiss, wie seine Cigarre anzuzünden, Uhr aufzuziehen, sich an- und auszuziehen. Allmählig wird das schlechter. Er erkennt die Personen nicht mehr richtig, geht ins Nebenzimmer, ohne zu wissen - warum, vergisst, dass er unbekleidet ist, aber im Affekt kommt ein Schelt- oder Schimpfwort gut heraus. Die letzten 14 Tage des Lebens liegt er ganz zu Bett, spricht gar nicht mehr, ist unrein, schläft aber noch gut, nirgends Lähmungen.

Tod am 16. September 9 Monate nach Eintritt der Aphasie. Sektion 12 Stunden später. Grosses Fettherz; im dilatier-

[1]) Diese Krankengeschichte ist schon zum Teil von mir veröffentlicht („Sprachstörungen") damals lebte Patient. Der Schluss seiner Krankheitsgeschichte und die Sektion kommen jetzt hinzu:

ten linken Ventrikel Thrombusmassen, teilweise entfärbt und unlösbar in die Trabekeln verfilzt oder am Endokardium adhärent, teilweise dunkel, bröklig, weich. Das Gehirn wird von den Carotiden aus lange mit 10% Formalinlösung durchspült, und dann in ebensolche Lösung gelegt. Es fällt gleich auf, dass die Oberfläche der linken Schläfe und teilweise auch des Hinterhauptlappens wie ein schlaffer Sack schwappt. Nach 4 Wochen ist die Härtung vollendet. Alle Gyri verschmälert, die Sulci zu breit. Der linke Temporallappen in allen Dimensionen kleiner als der rechte, die früher fluctuierende Erweichung des linken Temporal- und Occipitallappens erscheint jetzt auf dem Durchschnitte als ein blass-gelblich verfärbtes, mit kleinsten Hohlräumen durchsetztes nekrotisierendes Gewebe, das sich bedeutend weicher anfühlt als die gesunde Hirnsubstanz. Es sind 2 Erweichungsherde da, einer im Temporal- und einer im Occipitallappen, beide mit einander verbunden durch eine schmälere erweichte Partie. Die vordere Spitze des Temporallappens ist frei; die hinteren zwei Drittel der oberen und mittleren Temporalwindung mit dem Gyrus angularis, sind erweicht, auch der obere Rand des Mittelstückes der 3. Temporalwindung. Am Occipitallappen reicht die Erweichung bis zum hinteren Pole und greift noch etwas auf die Medianfläche des Lappens hinüber. Die Länge beider Erweichungsherde misst auf der Convexität 11 Ctm., die breiteste Stelle am Occipitallappen 6 Ctm. In die Tiefe dringt die Erweichung verschieden tief: über dem Hinterhorne 2½—3 Ctm. (cfr. Fig. 1), mehr der Basis zu—bis znr Aussenwand des Hinterhorns (Fig. 2) noch weiter abwärts—bis hinter das Unterhorn. Das Hinterhorn, wie alle Teile der Ventrikel dilatiert, das Ependym gut erhalten, auch das Tapetum (cfr. Fig. 2); die Sehstrahlung und der Fascicul. longit. inf. links gewiss zerstört.—Eine erbsengrosse isolierte Erweichung, von derselben Beschaffenheit, wie die grosse, findet sich im Innengliede des linken Linsenkerns, und eine grössere (3½ Ctm. lange und 1½ Ctm. breite) in der linken Hemisphäre des Kleinhirns sich halbmondförmig parallel dem hinteren Rande der Hemisphäre ganz nahe derselben hinziehend. Die linke Hemisphäre des Kleinhirns erscheint in toto kleiner als die rechte. Endlich ist (Fig. 1) eine alte glattwandige Cyste im rechten Frontallappen vor der vorderen Zentralwindung in der längsten Ausdehnung von oben nach unten über 3 Ctm. gross, mit ihrem unteren Ende den vorderen Teil der Inselrinde und einen Teil der 3. Frontalwindung zerstörend (Fig. 2). Eine horizontale dünne Scheidewand teilt die Cyste in 2 Teile.—Der linke Tractus opticus viel schmäler als der rechte. Die Gefässe an der Basis ganz starr. Die Pia mater überall verdickt, getrübt, leicht abziehbar.

Ein typischer Fall von sensorieller Aphasie mit Alexie und Hemianopsie. Wie erwartet, fand sich Zerstörung der oberen Temporalwindungen, des Gyrus angularis und der Sehstrahlung vom Occipitallappen links. Das linke centrale Sehfeld war also blind. Und doch sagte er noch im April, nachdem er mich angestarrt „Doktor" und wenn ich ihm meine Uhr zeigte „Uhr". Diese Anregung zum Sprechen kam also vom rechten kortikalen Sehzentrum. War die Sprache bei N. L. nur linkshirnig, so müssen vom rechten Occipitallappen Bahnen direkt zum linken Schläfelappen und zur linken 3. Frontalwindung funktioniert haben. Man nimmt an, dass der Balken, speziell sein Tapetum dabei eine Rolle spielt. Das Tapetum erwies sich hier ganz heil. Bei N. L. war die Sprache aber wohl linkshirnig, denn rechts war ein grosser Teil der Insel und des Fusses der 3. Stirnwindung seit lange zerstört. (Von vielen Autoren wird neuerdings angenommen, dass diese Hirnteile rechts die Sprache wesentlich unterstützen, auch bei Rechtshändern). Wenn nun aber das Wernicke-Zentrum ganz zerstört war, wie liessen sich denn beim Pat. doch die Wortklangbilder „Doktor" und „Uhr" erwecken? Das Präparat, auch die beiden Abbildungen zeigen mitten in der Erweichung hie und da einen Bruchteil einer Windung erhalten. Das ist wiederholt beobachtet worden, dass solchen Resten auch Reste der Funktion entsprechen.

Für einen rein sensoriell Aphasischen sprach N. L. auffallend schlecht. Da solche Kranke ihre eigne Sprache auch nicht hören, verstehen, so fällt die Kontrolle fort und es kommt zu einem sinnlosen Aneinanderreihen von Sylben, so auch hier. Die linke Broca'sche Windung und die Inselrinde (siehe Figur 2) sind ganz intakt. Nur im Affekte kamen gute Sätze heraus („stehen Sie auf, was schlafen Sie so lange" — zum Diener). Man vergesse nicht, dass wir alle, auch Sprachgeübte, wenn wir zu sprechen anfangen, dazu eines gewissen Affektes bedürfen; die Sprache wird quasi aufgeweckt und dazu bedarf es eines Anstosses. Aber auch der motorisch Aphasische, dessen ganzer Wortschatz nur die Sylben ta-ta-ta ist, spricht diese nur im Affekt aus, nicht auf Kommando. Somit ist diese Erscheinung bei N. L. nicht auffallend. Aber möglich ist es, dass die Zerstörung an der rechten Inselrinde und 3. Stirnwindung doch eine Rolle gespielt hat, dass Patient meist so unartikuliert sprach. Aber strikt widerspricht dieser Fall der Annahme, dass die Affektsprache rechtshirnig sei.

Wie immer bestand auch hier bei sensorieller Aphasie fast vollständige Alexie. Es war ja auch die Angularwindung und ihr Mark zerstört. Aber auch Agraphie bestand. Gewiss genierte die Hemianopsie beim Schreiben, aber das war es nicht allein. Natürlich war es hier eine Klangagraphie (Monakow), keine optische und keine cheiro-kinetische Agraphie. Er sah alles, was links von ihm war, sehr gut und seine rechte Hand war ganz geschickt. Aber er hörte den inneren Klang des Wortes nicht mehr und daher wusste er auch nicht die Buchstaben zu wählen. Ein guter Beweis für diese Annahme war auch der Umstand, dass er gerade wie im Sprechen so auch im Schreiben ab und zu ein richtiges Wort fand und dieses dann oft wiederholte. Die allmählig zum Schluss sich entwickelnde Apraxie und Verblödung hing von der diffusen Atrophie der grauen Rinde ab (schmale Gyri, breite Sulci, verdickte und getrübte Pia). Das Material zu den Embolien gab der grosse Trombus im linken Herzen.

Die kleine Erweichung im l. Linsenkerne gab keine Symptome im Leben; ebenso die Erweichung in der linken Hemisphäre des Kleinhirns, die das Corpus dentatum und den Wurm nicht erreichte. In den letzten Lebenswochen hielt er beim Sitzen und Stehen den Kopf etwas auffallend nach hinten übergebeugt. Flechsig und Freud würden in diesem Falle betonen, dass erst die Miterweichung der Rinde des linken Occipitallappens die sensorielle Aphasie komplet machen. Nach Flechsig muss sein grosses hinteres Associationszentrum miterkrankt sein, um Worttaubheit zu stande zu bringen, wofür er (Gehirn und Seele pag. 44) den Heubner'schen Fall anführt, wo die eigentliche Hörsphäre links erhalten die Umgebung aber erweicht war, also die Associationen zerstört waren. Dieser Kranke hörte die Worte, konnte sie fehlerfrei laut nachsprechen, verstand aber ihren Sinn gar nicht. Ob aber Flechsig den Associationen nicht doch zu viel Macht zuspricht? Bei N. L. ging die Erweichung allerdings in einer Richtung, (nach hinten oben) über die Hörsphäre hinaus, aber nach oben und unten war die Nachbarschaft gesund, auch wichtige Associationszentren, und doch bestand vollständige sensorielle Aphasie.

2) Isolierte Alexie. J. M. 73 Gouvernante. Rechtshänder. Nicht belastet, immer gesund, immer viel gearbeitet. Im Mai 1904 plötzlich ohne nachweisbare Ursache erkrankt. (Dr. S. L.'s Bericht): «Heftige Kopfschmerzen, Temperatursteigerung bis 40°, Bewusstsein und Sinnesfunktionen gut, keine Lähmungen, nur völlige Aphasie, Lesen und Schreiben unmöglich. An der Herzspitze ein systolisches Geräusch».

Allmählig erholte sie sich, das Sprechen war bald ganz frei, langsam stellte sich das Schreiben ein. Aber zwei Defekte blieben: das Lesen ganz unmöglich und das Gedächtnis für Eigennamen so geschwunden, dass sie die Namen



Fig. 1.

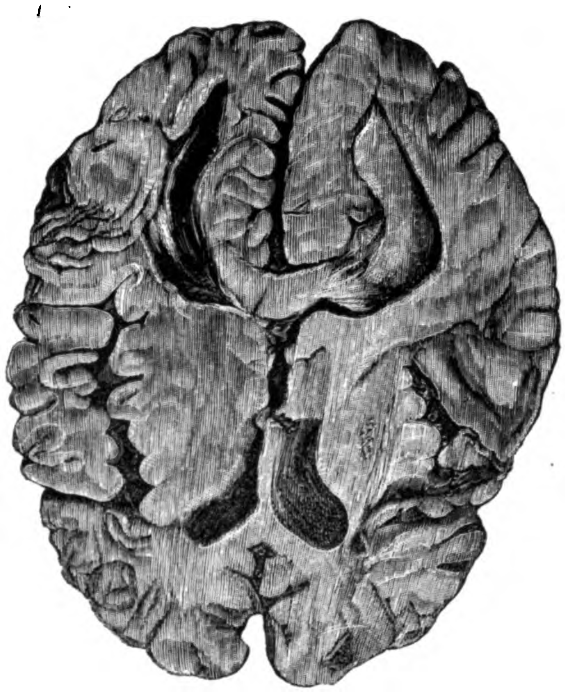


Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.

ihrer langjährigen Schülerinnen, ihrer Dienerin nicht fand. Andeutung von Hemianopsie (für rechtsstehende Gegenstände) war einige Wochen da und schwand dann. Erst im August wurde die Alexie besser. Am 4. September ein neuer Insult. Da sah ich sie zum ersten Mal. Plötzlicher Eintritt von Bewusstlosigkeit ohne Konvulsionen. Nach 12 Stunden Bewusstsein besser. Sensorielle und motorische Aphasie und rechtsseitige Hemiparese. In den nächsten Tagen schwindet die Aphasie zuerst für deutsch (Muttersprache) dann für russisch und französisch. Aber wieder fehlen die bekanntesten Eigennamen (ihrer Schwester, des Kaisers etc.) und die Möglichkeit zu lesen, Complete Alexie. Am 27. September hat sie einen langen Brief geschrieben, gute Handschrift, gute Orthographie—aber lesen kann sie von selbst geschriebenen Briefen kein Wort. Die Buchstaben nennt sie hie und da richtig, aber eine Sylbe nie. Das Rechnen ist auch schwach, wie viel die Uhr ist, wird nur unsicher, meist falsch angegeben. Nicht nur Personennamen bieten grösste Schwierigkeiten, auch Monatsnamen. Sonst spricht sie sehr gut in allen drei Sprachen, spricht die schwersten Wörter rasch und richtig nach, schreibt nach Diktat ebenso gut wie spontan. Abschreiben dagegen sehr mühsam, sie buchstabiert lange herum, bis sie ein Wort schreibt.

Im Laufe des Oktober wird das Namengedächtnis besser, das Ein mal Eins wird fehlerfrei, und als Letztes wird auch das Lesen etwas besser. Kurze, bekannte Wörter werden gelesen, offenbar als Ganzes erkannt, denn die Buchstaben werden fast so wie früher meist falsch genannt. Ein wenig Hemianopsie ist da; die Gegenstände rechts werden wie im Nebel gesehen. Sonst in keinem Gebiete des Nervensystems ein Defekt. Sie geht gern und viel, alle Sinnesorgane funktionieren gut etc. Merkwürdig unbesinnlich, auch sogar aphasisch ist sie gleich nach dem Erwachen. Es dauert 1/4 Stunde und mehr, bis sie die Herrschaft über ihre Sinne und Sprache erlangt.

Im Dezember sind Namengedächtnis und Lesen noch etwas besser geworden. Doch machen noch die Namen «Göthe und «Schiller» Schwierigkeiten, während sie sofort weiss, wer von beiden die Werke geschrieben, deren Titel ich ihr in langer Reihe nannte. Das Lesen geht kurze Zeit, dann ermüdet sie sehr; ungewöhnliche Wörter können nicht gelesen werden. Sonst alles in bester Ordnung. Am Herzen Zeichen einer Mitralinsufficienz.

Am 31. Januar 1905 schwerer apoplektischer Insult. Nicht vollständige Besinnungslosigkeit am Anfange. Rechtsseitige Lähmung und Anästhesie, vollständige Aphasie, dann Sopor und Tod. Sektion nur des Gehirns. Das Gehirn wird in 10% Formalinlösung gelegt und erst 3 Wochen später seziert.

Es waren im Verlaufe der letzten 9 Lebensmonate 3 Schlagfälle erfolgt. Alle drei Blutergüsse (oder Embolien) mussten in der linken Hemisphäre stattgefunden haben. Der erste, schwächste musste im Marke des Gyrus angularis eine Zerstörung hinterlassen haben; der zweite stärkere auch in derselben Gegend; der dritte, tödliche hatte wahrscheinlich die innere Kapsel und Umgebungen zertrümmert. Diese im Leben gestellte Diagnose wurde durch die Sektion bestätigt. Durch die gehärtete, linke Hemisphäre wurden mehrere Horizontalschnitte gelegt. Die Photographie des einen (Fig. 3) entspricht einem Schnitt $3^1/_2$ Ctm. von der Scheitelhöhe an der Medianfläche entfernt. Die tödtliche Apoplexie am Morgen des Todestages geschah durch Zertrümmerung des Gewebes in der linken Hemisphäre zwischen Claustrum und Kopf des Streifenhügels; hier war eine von einem dunkelroten Blutcoagulum gefüllte Höhle von Hühnereigrösse. Als Residuum des ersten apoplektischen Insults im Mai 9 Monate vor dem Tode ist wohl wahrscheinlich die bohnengrosse glattwandige Cyste (Fig. 3 a) im Gyrus angularis links anzusehen. Endlich ist als Residuum des zweiten apoplektischen Insults im September 5 Monate vor dem Tode eine Erweichung gleich unterhalb der Cyste. Diese Erweichung lässt die erste Schläfenwindung frei, umfasst einen Teil der zweiten und reicht von der pia Mater 3 centim. tief bis fast zur äusseren Wand des Hinterhornes (Fig. 4 a). Diese beiden letzteren Herde sind interessant im Hinblick auf die Alexie und die fehlende sensorielle Aphasie. Die glattwandige Cyste von so geringen Dimensionen ($1^1/_2$ Ctm. hoch und ebenso tief bogenförmig in horizontaler Richtung) lag (Fig. 3) noch im Bereiche der grauen Rinde des Gyrus angul. Hatte sie wirklich diese schwere Lesestörung veranlasst, die am 5. Mai eintrat? Oder war sie noch älteren Datums und symptomenlos gewesen, und am 5. Mai war die Erweichung entstanden, die an der Leiche gefunden wurde unterhalb dieser Cyste. Zu entscheiden ist die Frage schwer. Möglich ist es, dass ursprünglich am 5. Mai eine grössere Partie im unteren Scheitelhirn links ischämisch war (es bestand ja auch leichte Hemianopsie), dass aber das meiste wieder Blutzufluss erhielt, nur nicht die bohnengrosse Stelle im Grau des Gyrus angul. Daher denn auch die Besserung im Lesen bis zum 2. Insulte. Hatte dieser die Erweichung der 2. Temporalwindung links veranlasst? Aber die Erweichung berührte den Gyrus angul. eigentlich nicht, sondern drang unterhalb desselben 3 Ctm. in die Tiefe bis zum Hinterhorne und doch bestand monatelang wieder komplete Alexie, die allmählich bis zum Ende des Lebens besser wurde. Für diese Besserung kann man bei einem 73-jährigen Menschen wohl schwerlich die Bildung neuer, stellvertretender Bahnen annehmen, viel eher Restitution der früheren, zeitweise ausser Funktion gesetzten Bahnen.

Die Hoffnung, dass dieser Fall von typischer, reiner Alexie bei der Sektion sichere Anhaltspunkte für die Lokalisation dieser Störung bringen würde, hat sich somit nicht erfüllt. Dagegen kann er gut verwertet werden für die Lokalisation des Sprachverständnisses. Die zweite Temporalwindung links war in ihrer hinteren Hälfte ganz erweicht (Fig. 4), auch von der dritten der obere Saum, und doch keine sensorielle Aphasie, abgesehen von den ersten Tagen nach den Insulten und den wenigen Minuten nach dem Erwachen aus dem Schlafe. Es war hier die erste linke Temporalwindung in ihrem ganzen Verlaufe völlig intakt und daher auch keine Sprachstörung ausser der Amnesie für Eigennamen. Deutsch, russisch, französisch wurde vollendet gut verstanden, Nachsprechen tadellos. Nach Diktatschreiben ebenso. — Ferner spricht dieser Fall gegen Déjérine und für Wernicke. (Der aphasische Symptomenkomplex, deutsche Klinik im Eingange des XX Sec. Bd. 6.) und Monakow da keine Agraphie bestand, obgleich die Erweichung nicht nur das Mark sondern auch die Rinde einnahm; auch die Cyste nahm gerade die Rinde ein. Neben der Alexie war bei dieser Patientin die Amnesie für Eigennamen sehr prononziert. Und das besserte sich ebenso langsam wie die Lesestörung. Noch kurz vor dem Tode waren für die gebildete deutsche Dame die Namen Goethe und Schiller nur nach längeren Mühen erinnerlich. Sollte hier die Zerstörung der zweiten Temporalwindung eine Rolle spielen? Monakow (Gehirnpathologie 1905 pag. 838) hat bei isolierter Amnesia verbalis häufig Erkrankungen im tiefen Marke des linken Parieto-Temporallappens gefunden; tiefliegende Tumoren im linken Gyrus angularis sind von dieser Störung begleitet gewesen. Ich weise noch einmal auf die Tiefe der Erweichung in diesem Falle hin, und wenn oben gesagt war, dass der Gyrus angularis dabei unbeteiligt war, so möchte ich doch darauf aufmerksam machen, wie schwer es ist, diese Windung strikt zu umgrenzen. Man vergleiche die Zeichnungen in Edingers Vorlesungen über das Centralnervensystem 1904 pag. 313 mit der in Monakow's Gehirnpathologie pag. 38; in ersterer hat die zweite Temporalwindung mit dem Gyrus angularis nichts zu tun, in letzterer ist sie die Fortsetzung dieses Gyrus, so auch bei Flechsig (Gehirn und Seele). Nur andeutend möchte ich hin-

weisen auf die unzähligen punktförmigen kleinsten Spalten, die im Präparate (auch auf der Photographie Fig. 3 gut zu sehen) auf den Schnitten im tiefen Parieto-Temporallappen sichtbar sind. Ob sie überhaupt was Pathologisches sind? Nur weil sie gerade in der fraglichen Hirnpartie sind, möchte ich ihrer erwähnen.

3) Progressive Paralyse mit verschiedenen Sprachstörungen.

W. H. 55-jähriger Kaufmann. Rechtshänder. Potus und Lues, letztere vor 11 Jahren. Die letzten 6 Jahre im. evangl. Männer-Siechenhause in Petersburg. Starb 29. November 1905. Nur die Sprachstörungen sollen hier besprochen werden. Bis 1903 gute Sprache. Dann beginnende amnestische Aphasie; erst fallen schwierigere, dann die einfachen Wörter nicht mehr ein. Im Herbste 1903 rasche Verschlechterung im spontanen Sprechen und Schreiben. Bis zum November 1903 hat er ein Tagebuch geführt, das erst zuletzt Ungenauigkeiten aufweist. Seitdem ist bald auch das Abschreiben und nach Diktatschreiben unmöglich. Dagegen bleibt Sprachverständnis für deutsch und russisch gut und zunächst auch das Lesen. Im Frühling 1904 kommt sensorische Aphasie und Alexie hinzu. Längere Zeit besteht Echolalie; Auf mein Kommando: Strecken Sie die Zunge heraus wiederholte er laut dieselben Worte, erfüllte meinen Wunsch aber nicht, weil er ihn nicht verstand. Dann wiederholte er nicht mehr korrekt. Ich: „Nase“ er: „Nase“, ich „Auge“ er „Nase“; ich (sehr laut) „Auge“ er „Nauge“ (das N von Nase entlehnt). Dann völlige Worttaubheit und Wortstummheit und allgemeine Verblödung für 1½ Jahre. Mehrere kleine Apoplexien (nie Bewusstlosigkeit) machten ihn bettlägerig bis zum Tode. Sektion: Der Schädel normal, die Stirn gut gewölbt. Hydrocephalus exter. mässigen Grades. Das Gehirn klein, besonders der Stirnteil abgeflacht. Die Pia m. überall verdickt und trübe, besonders über den atrophischen Stirnlappen, leicht abziehbar, Gyri verschmälert, Sulci erweitert. Härtung in 10% Formalinlösung mehrere Monate. Das Gewicht des gehärteten Gehirns (pia m. meist entfernt) 1200 gramm. Durchweg die graue Rinde verschmälert, das Grau verblasst und die Grenze zum Weiss vielfach nicht recht scharf. In der l. Hemisphäre hie und da diffuse Stellen, wo keine rechte Erweichung, wohl aber die Härtung geringer ist, als in der Umgebung, besonders im Mark in der Mitte der vorderen Centralwindung. Im vorderen Schenkel der inneren Kapsel links eine cirkumskripte, ausgesprochene Erweichung von Bohnengrösse; die Seitenventrikel in allen Teilen sehr dilatiert, besonders die Vorderhörner (links mehr als rechts), deren Ependym in langgestreckten Runzeln gefaltet erscheint. Links Corpus striatum und auch der Thalamus atrophisch. An der Rinde und dem Marke der 3. Frontalwindung, der Insel und der Temporalwindungen keinerlei besondere Veränderungen.

Dieser, so zu sagen, negative Befund an den für die Sprache wichtigen Hirnteilen trotz der schwersten Sprachstörungen im Leben war natürlich nicht überraschend, sondern leicht vorherzusagen. Die typischen Aphasien, die motorische und sensorielle, traten viel später ein, ganz entsprechend dem Erlöschen aller geistigen Lebenserscheinungen. Was an Sprachstörungen monatelang vorherging, waren nur die sog. transkortikalen: Wortamnesie, Paraphasie, Echolalie etc. (Wernicke). Ganz gleichmässig erlahmten allmählig die Anregungen aus den Sinnessphären, und Associationssphären des Grosshirns zu den Sprachzentren, und so stellten auch diese ihren Dienst ein. Wo keine Begriffe sind, da ist auch keine Sprache. Sie ist nicht nötig und sie ist nicht möglich dann. Entsprechend der stärker ausgesprochenen Atrophie im Stirnhirn entwickelte sich die motorische Aphasie und die Agraphie etwas früher als die sensorische und die Alexie. Aber ehe die Sprache ganz erlosch, konnte er noch nachsprechen. Das eigene Gehirn gab keine Anregung zu Sprachbewegungen mehr, aber das Ohr, das in den ersten Lebensmonaten die Anregung zum Nachsprechen zugeleitet hatte, vermochte es auch jetzt noch eine Zeit lang zu tun; damals wie jetzt wurde nachgesprochen ohne bewusstes Verständnis.

4) Rechtseitige Hemiplegie mit motorischer Aphasie nicht ganz gewöhnlichen Charakters (erster Teil der Krankengeschichte schon mitgeteilt in „Sprachströrungen“).

R. H. Von Oktober 1901 — Mai 1906 im Männer-Siechenhause. 1901: 60-jähriger Schneider, Rechtshänder, Potus reichlich, keine Lues. Vor einem Jahre der apoplektische Insult, der zunächst keine Aphasie aber schwerste rechtsseitige Hemiplegie zur Folge hatte. Ein halbes Jahr später Beginn der Sprachstörung.. Im Wesentlichen bleibt das Bild bis zum Tode Mai 1906 das gleiche. Intelligenz nicht wesentlich alteriert. Gutes Gedächtnis. Alle Sinne gut. Weinerliche Gemütsstimmung. Sobald er angeredet wird, bricht er in lautes Schluchzen aus, auch wenn er sehr zufrieden ist und danken möchte. Sprachverständnis für russisch und estnisch ganz intakt, auch liest er stundenlang für sich mit Verständnis. Schreiben unmöglich (früher gut geschrieben), wozu freilich nur die linke Hand versucht wurde, nicht einmal Zahlen wurden geschrieben. Sprechen nur möglich, wenn er ganz ruhigen Gemütes ist und auch dann nur hauchend, so leise, dass man scharf hinhören muss, um ihn zu verstehen; und so kann er auch vorlesen. Es kommt alles richtig heraus, kein sich Versprechen. Sobald er erregt ist, kriegt er aber auch keine Sylbe heraus, nur ein unartikuliertes Grunzen. Dazwischen kommen aber Stunden völliger geistiger Verwirrtheit; er glaubt, er sei ein Baron und werde beleidigt. Dann geriet er in Wut und nun gehen laut gerufene Flüche in glatter Reihenfolge ungehindert von ihm. Zuweilen dauert dieser Zustand einen ganzen Tag. Darnach tiefer Schlaf und beim Erwachen gute Besinnung und nur hauchend leises Sprechen möglich. Willkürliche Bewegung der Zunge sehr gut. Ebenso die Gesichts- und Augenmuskeln gut beweglich. Sonst aber nicht immer Herrschaft über seine Muskeln, oft kann er unmöglich die Augen auf Kommando schliessen, dann kann er es, ebenso waren Momente, wo er auch in ruhiger Verfassung nicht einmal leise sprechen konnte, dann ging es wieder. Keine wesentlichen Sensibilitätsstörungen.

Die Kontrakturen an den rechtsseitigen Extremitäten und schliesslich auch am linken Beine sehr hochgradig, dann Gelenke in spitzwinkliger Beugung starr. Das letzte Jahr Incontinentia urinae.

Sektion des gehärteten Gehirns. Gewicht ohne Dura mat. 1150 gram. Die Pia nicht verdickt, ziemlich leicht abziehbar. Die Gyri durchweg verschmälert. Auf Durchschnitten ist die graue Rinde schmäler als normal. Die Seitenventrikel ausserordentlich ausgedehnt, besonders links, wo z. B. das Hinterhorn bis 2 Ctm. vom Occipitalpol und 1,8 Ctm. von der seitlichen Hirnoberfläche reicht. Im hinteren Schenkel der inneren Kapsel links eine bohnengrosse Cyste, deren grösster Durchmesser senkrecht steht. Der Thalamus optic. und seine Sehstrahlung intakt; ausser dem genannten Teile der inneren Kapsel ist der angrenzende hintere Abschnitt des Linsenkernes bis zur äusseren Kapsel zerstört. Das Claustrum und die Inselrinde normal, ebenso der vordere Abschnitt des Linsenkern erhalten. Die linke Pyramidenbahn durchweg atrophisch, so dass z. B. an der Medulla oblongata sie von der angrenzenden Olive deutlich überragt wird. Alle Gefässe der Basis hochgradig sklerosiert. Sonst nirgends pathol. Veränderungen nachweisbar.

Wie erwartet, waren, trotz der im Leben bestandenen schweren Sprachstörungen, die Rindenzentren für die Sprache intakt. Warum er aber nicht anders sprechen konnte, als kaum hörbar hingehaucht, und dann wieder mal in Momenten maniakalischer Geistesstörung laut und fliessend, dafür hat die Sektion keine Aufklärung gegeben. Es war aber gewiss keine sog. hysterische Lähmung der Stimmbänder, überhaupt war der Kehlkopf bei dieser Aphonie nicht direkt beteiligt, konnte er doch auch Gaumen, Zunge und Lippen nicht zu artikulatorischen Bewegungen bringen, wenn er erregt aber bei richtigem Bewusstsein war. Das Krankheitsbild liess durchaus an Hemmungsstörungen denken. Zuweilen schienen Hemmun-

gen geschwächt; er musste laut schluchzen und un artikuliert grunzen, obgleich er mir sagen wollte, dass er sich gut fühle und sehr dankbar sei, aber er konnte seine törichte Gemütsbewegung nicht beherrschen. Dann wieder erschienen die Hemmungen zu stark; er wollte die Augen, wie befohlen, schliessen, er wollte laut sprechen oder vorlesen — und konnte es nicht. Plötzlich waren alle Hemmungserscheinungen weg, wenn die Funktion seiner grauen Rinde, so zu sagen, total gestört war, wenn seine Sinne ihm falsch berichteten und seine Associationen dito falsch waren. Dann sprach er ungehindert laut. Alles was nicht in starrer Kontraktur stand, gehorchte ihm momentan.

Nun ist ja bekannt, dass im Pyramidenstrange Hemmungsvorrichtungen angenommen werden (Monakow pag. 533 ff. geht darauf genauer ein mit ausführlicher Literaturangabe). Hier waren ausschliesslich nur der linke Pyramidenstrang, von der inneren Kapsel bis zu seinem Ende im Rückenmark und ein Teil des Linsenkerns zu Grunde gegangen. Unwillkührlich möchte man hier nach Ursachen zur Wirkung suchen. Ueber die Bedeutung des Linsenkerns weiss man bisher nichts. Monakow erwähnt (pag. 951), dass bei seiner Erkrankung relativ häufig Temperaturstörungen in der entgegengesetzten Körperhälfte beobachtet seien. Es wäre mir und dem Pflegepersonal nicht entgangen, wenn hier solche Störungen bestanden hätten.

Isolierte Zerstörungen der Pyramidenbahn in der inneren Kapsel sind unzählige Mal beobachtet worden, aber meines Wissens sind dabei solche Sprachstörungen nicht erwähnt worden, wie in diesem Falle, Sprachstörungen, die keinem der bekannten Typen entsprechen, auch keine transkortikalen sind. Am ehesten dürfte man sie motorisch-ataktisch nennen. Die eigentliche motorische Sprachbahn verläuft nicht dort, wo in diesem Falle die Cyste lag, viel mehr nach vorn; somit war sie wohl unberührt. Ob hier wohl die Zerstörung im Linsenkerne eine Rolle gespielt hat? Oder ist die Erweiterung der Ventrikel, der Hydrocephalus internus zu beschuldigen? Aber dieser ist ein ausserordentlich häufiger Sektionsbefund, ohne dass solche Sprachstörungen bestanden hätten. Dagegen dürfte ein so kleiner scharfbegrenzter Defekt im hinteren Abschnitte des Linsenkerns (die äussere Kapsel wurde erreicht von der Zerstörung, nicht das Claustrum) ein seltener Sektionsbefund sein, und daher ist in diesem Falle die Versuchung so stark, ihn für die Symptome im Leben verantwortlich zu machen. Freilich soll die Sprachstörung nicht gleich nach dem Schlaganfall eingetreten sein, während die Zerstörung des Linsenkerns jedenfalls gleichzeitig mit der in der inneren Kapsel stattgefunden hat. Aber dieses ist nicht ärztlich beobachtet worden.

5) Amnestische Aphasie. Gustav S.-A. 22-jähriger Drechsler, Finnländer. Rechtshänder. Vom 21. März bis 1. Juni 1906 im deutschen Alexanderhospital, dann in Finnland in meiner Beobachtung.

Bis Dezember 1905 gesund. Nie Potus. Im Frühling 1905 eine venerische Erkrankung, scheint nur Gonorrhoe, nur lokal behandelt. Im Dezember an einer Maschine eine Kraftanstrengung, die weit über seine Kräfte ging. Plötzlich heftiger Kopfschmerz und Besinnungslosigkeit. Letztere wich bald und nun stellte sich allmählig Parese der rechten Extremitäten und vollständige Aphasie ein. Das einzige was ihm an Sprache blieb, war das Wort: ich will. Die Parese schwand bald, er konnte gut gehen und im Alexanderhospital wurde nur eine spurenhafte Facialisparese und Schwäche der rechten Hand bemerkt. Die Aphasie blieb aber, erst im Mai kann er die ersten Wörter nachsprechen. Sprachverständnis war nie ganz aufgehoben, aber er missverstand oft, — hatte kein Gedächtnis, vergass seine Mütze überall, sass teilnahmlos stundenlang da, hatte aber einen Heisshunger und schlief gut.

Am 24. Mai, am 3. und 27. Juli habe ich ihn genauer untersucht, alle Male fast derselbe Befund, doch immerhin Fortschritte zur Besserung.

Volles Verständnis für russische und finnische Sprache. Er versteht alles, was ein intelligenter Drechslergeselle verstehen kann, und tut, was man ihm geheissen. willig; selbst bemerkt er im Hause nicht, wo er helfen könnte, es muss ihm gesagt werden. Sein früher jähzorniger Charakter ist weich geworden, zu weich. Alle Sinnesorgane funktionieren beiderseitig tadellos, nur herabgesetzte Empfindlichkeit gegen Berührung und Kälte und Nadelstiche auf der ganzen rechten Körperhälfte, auch Gesicht. Patellar- und Kremasterreflex gut, Muskelgefühl, stereognostisches Gefühl in der linken Hand gut, weniger in der rechten. Gang gut. Nirgends Ataxien oder spastische Erscheinungen. Jetzt keine schweren Motilitätsstörungen, wohl noch deutliche Parese des rechten Facialis beim Lachen und Sprechen, weniger bei willkührlichen Bewegungen. Die rohe Kraft in den Beinen und im rechten Arm etwas herabgesetzt. Pupillen gut, keine Hemianopsie, Augenmuskeln gut, dito die Bewegungen der Zunge tadellos. Appetit, Stuhl, Blase, Schlaf sehr gut. Keine Kopfschmerzen. Jetzt auch keine motorische Aphasie. Spontansprechen sehr langsam und immerfort unterbrochen, weil er das Wort vergessen hat und erst nach längerem Suchen findet, meist findet. Nachsprechen einzelner Wörter sehr gut, momentan, auch die schwersten; aber sobald man ihn 4 oder mehr Wörter nachsprechen lässt, wiederholt er nur die ersten 2, die anderen hat er vergessen. Die Wochentage nennt er hin richtig, in verkehrter Reihenfolge unsicher, die Zahlen anfangs sehr gut, nach 30 nicht mehr geläufig. Singen kann er gut, die Melodie ist richtig wiedergegeben und das Aussprechen des Textes anstandslos, wenn es ein bekanntes Lied ist. — Lesen fast gar nicht. Er nennt nur ab und zu einen Buchstaben (Vokale besser) richtig, und erkennt sehr bekannte Wörter als ganzes richtig. Das russisch gedruckte Wort «Finnland» starrt er lange an und ruft dann erfreut «Suomelaine» (finnisch: Finnländer). Die geschriebenen Zahlen liest er glatt bis 13, dann eins und vier, aber «vierzehn» sagt er auch nach langem Denken nicht. Das Schreiben auch kaum möglich. Seinen Namen schreibt er gut. Diktiert man ihm sonst ein bekanntes Wort z. B seinen Heimatsort Wiborg, so schreibt er nur die 3 ersten Buchstaben richtig, den 2. Teil des Worts hat er vergessen, wie er klingt, jedenfalls bringt er ihn nicht zu Papier trotz fester Hand und gutem Auge.

Viele Neurologen haben sich gegen die Bezeichnung amnestische Aphasie als festumgrenztes Krankheitsbild ausgesprochen. Eine gesicherte anatomische Grundlage wie die motorische und die sensorielle Aphasie besitzt sie nicht, aber als klinische Diagnose ist sie nicht zu entbehren. Es ist eine sogenannte transcorticale Aphasie, eine Associationsstörung (Wernicke, aphasischer Symptomenkomplex, Flechsig: Gehirn und Seele pag. 47). Das Nachsprechen vorgesagter längerer Sätze geht bei verschiedenen gesunden Menschen verschieden, je nachdem sie ihre Association geübt haben; wenn man aber von vier vorgesprochenen Wörtern nur die ersten zwei nachsprechen kann, so ist das pathologisch, es sind früher vorhandene Associationen zerstört worden. Der Pat. St.-A. war anfangs unbesinnlich, vergass alles, motorisch-aphasisch und hatte nur Andeutungen von Hemiplegie; alles das weist auf Störungen der Rinde hin. Also wahrscheinlich beruht die allein zurückbleibende amnestische Aphasie auf Störungen der Rindenassociationen. Jendrassik („Die Lokalisation der Sprache und anderer psychischen Fähigkeiten“, Verhandlungen des internation. Kongresses in Lissabon 1906) nimmt an, dass die Erinnerungsbilder optischer Wahrnehmungen im Vicq-d'Azys'schen Geflechte der grauen Rinde im Occipitallappen, der acustischen in dem entsprechenden Geflechte des Temporallappens deponiert werden, und zwar kurze Wahrnehmungen in einer Zelle, grössere in mehreren unter einander verbundenen Zellen; kommt jetzt ein Reiz von aussen in das Geflecht, so wird die Erregung bloss von der gleichgestimmten Zellgruppe angenommen, die Erinnerung ist da. Hat der Reiz noch kein gleichgestimmtes Erinnerungs-

bild, so lagert er sich in noch nicht bewohnten Zellen (Referat in der Berl. klin. Wohnschr.). Nun haben die Nervenzellen der Rinde viele Ausläufer; Edinger sagt ausdrücklich (pag. 328), dass der Gennari-Streif (synon. für Vicq-d'Asysscher) ganz von Seitenzweigen der Pyramidenachsenzylinder gebildet wird. Durch solche werden hier zweifellos auch benachbarte Zellen mit einander verbunden. Diese Verbindungen werden sehr fest sein zwischen Zellen, die nach Jendrassik ein grösseres Wort eingenommen haben, z. B. das Wort „Artillerie". Das kann der Pat. A. glatt nachsprechen. Wenn ihm aber ein Satz auch nur aus 4 einsilbigen Wörtern z. B. „Die Stadt liegt weit" vorgesagt wird, so kann er nur die beiden ersten nachsprechen. Diese 4 Wortklangbilder sind ihm nicht durch Uebung fest assoziert. Er muss sie vielleicht zum ersten Mal untereinander verbinden, und da sind die Fäden aus irgend einem pathol. Grunde so schwach, dass sie gleich zwischen dem 2. und 3. Worte reissen.

Noch auf eine Störung bei A. muss hingewiesen werden. Auf seiner ganzen rechten Körperhälfte besteht Herabsetzung aller sensiblen Qualitäten. Am wahrscheinlichsten ist der linke Thalamus opt. zu beschuldigen, wofür auch die Andeutung mimischer Facialisparese rechts spricht. Nun hat Flechsig eine Bahn vom Thalamus zur Brocaschen Windung nachgewiesen. Ueber die Bedeutung dieser Bahn ist bisher nichts bekannt.

Könnte vielleicht doch eine Erkrankung des linken Thalamus die Sprache beeinflussen?

In den fünf mitgeteilten Krankengeschichten war die Diagnose in der ersten am sichersten zu stellen, jede weitere verlor an Sicherheit. Sind, wie in Fall 1, Hemianopsie, Alexie und sensorielle Aphasie da, so sind sicher Störungen in Mark und Rinde an ganz bestimmter Stelle des Schläfe- und Scheitellappens da. Schon unsicherer ist die Lokalisation in Fall 2, isolierte Alexie und Verlust des Namengedächtnisses. Immerhin war die Diagnose ziemlich sicher. In den 3 letzten Fällen, bei transkortikaler, ataktischer und amnestischer Aphasie ist sie schon viel schwerer. Immerhin sind die Herderkrankungen bei Aphasien verhältnissmässig sicherer zu diagnostizieren, als andere Grosshirnerkrankungen, und zwar deshalb, weil sie nur im Grosshirn, in der Rinde oder im zugehörigen Mark sein können (ich spreche nicht von Anarthrien, die leicht zu erkennen sind, die sind pontinen oder bulbären Ursprungs). Dagegen sind Gehirnerkrankungen, die sich in Störungen der Motilität, Sensibilität, der Sinnesorgane, der Lokomotion, des Muskelgefühls, der Körperhaltung etc. äussern viel schwerer zu lokalisieren.

Alle diese Lebensäusserungen hängen sowohl vom Grosshirn als vom Mittelhirn (im weiteren Sinne gemeint) ab. Das hat Hitzig in seiner neuesten Publikation besonders klardargelegt. Nicht dass beide Autoritäten ganz dasselbe zu leisten hätten, das duldet die Natur nicht; das Grosshirn ist die höhere Instanz, aber doch greifen beide in einander ohne erkennbare Grenzen über. Ein Bild wird es veranschaulichen. Wenn der Kapitän eines Schiffes sich auf seine Leute verlassen kann, so darf er auf offener See sich zurückziehen, nachdem er dem Steuermann den Kurs, dem Maschinisten das Tempo des Ganges etc. angegeben hat. Das tun wir alle Augenblick. Wenn wir auf ebenem Wege gehen, so überlässt unser Grosshirn dem Mittelhirne, die Beine in richtigem Gange zu erhalten, während es sich selbst mit höherer Philosophie beschäftigt; ein plötzlich entgegenkommender Wagen veranlasst es aber sofort das Kommando zu übernehmen. Aber auch vorher, beim mechanischen Gehen, war das Grosshirn doch mit einem Bruchteil seiner Kraft bei der Arbeit des Mittelhirns. Wir können ganze Seiten eines Buches laut vorlesen, während wir an ganz was Anderes denken, und die Zuhörer merken es nicht. Doch aber war die Rinde der Sehsphäre nicht untätig dabei. Wird sie zerstört, so können wir gar nicht lesen, weder mit noch ohne Bewusstsein, und wird die vordere Zentralwindung zerstört, so können wir nicht so gehen, wie vorher, wenn auch das Mittelhirn ganz gesund ist.

Aber dass so dieselbe Lebensäusserung aus verschiedenen Stellen des Gehirns seine Kraft bezieht, macht die richtige Erkenntnis einer Störung so schwer. Solche Krankheiten müssten bei Fischen leichter zu diagnostiziereu sein, die keinen Hirnmantel haben. Dazu kommt, dass die Uebung hier eine ausserordentlich grosse Rolle spielt. Durch ungenügende Uebung können Assoziationen sehr schwach bleiben, durch stündliche oder tägliche dagegen fast unzerstörbar werden. Hochheim (Fall 3) war schon seit Monaten total verblödet, es war nichts Menschliches an ihm mehr da, und doch wandte er seinen Kopf, wenn man von Ferne seinen Namen rief. Roh sich vorgestellt, werden diese Assoziationsfäden nicht nur resistenter, stärker, sondern wahrscheinlich vervielfacht. Ist der Verkehr zwischen zwei Orten ein sehr reger, so werden mehrere Paare von Eisenbahnschienen gelegt. Nun kann man sich denken, dass mehrere dieser Schienen zerstört werden, aber man die Diagnose doch nicht richtig machen kann, weil ein Paar Schienen erhalten blieb, und der Kranke bald eine Virtuosität erlangt, auf diesem den Verkehr aufrecht zu erhalten. Es können ja vielleicht auch bald neue Schienen gelegt sein. So könnte man noch auf viele Verhältnisse hinweisen, die Gehirndiagnosen so schwer machen, obgleich wir es „so herrlich weit gebracht".

Wie gesagt, bei der Diagnose der Sprachstörungen bestehen nicht alle diese Schwierigkeiten. Dafür kommen hier andere zur Geltung. Die Sprache (mit ihr das Lesen und Schreiben) ist verschieden je nach der geistigen Entwickelung. So habe man immer diese im Auge bei Beurteilung der Störungen. Auch der gute Wille und der Kraftzustand des Kranken sind bei den Untersuchungen massgebender als bei anderen Krankheiten. Aber diese Untersuchungen haben auch ihren speziellen Lohn. Die Sprache ist die Aeusserung der Gedankenwelt, auch die eigenen Gedanken kann man nicht verstehen, ohne dass man sie durch die innere Sprache zur Erscheinung bringt, greifbar macht. So ist es die Sprache, die einen bis an die Grenzen des Reiches bringt, wo die Gedanken, die Ideen leben. Und so wenig man auch aus diesem Reiche erlauscht, so wenig man es begründen kann, was man erlauscht zu haben glaubt, es hat doch seinen Rein und befähigt einen zu beurteilen, ob ein Anderer recht hat, wenn er stolz behauptet, er habe dort sehr viel gehört.

Ueber akute Pseudoleukämie.

Von

Oswald Moritz.

Unter Pseudoleukämie versteht man eine Krankheit, die, mit Ausnahme des Blutbefundes, in pathologisch-anatomischer Beziehung dieselben Veränderungen wie die Leukämie bietet. Es finden sich dieselben Hyperplasieen von Milz und Lymphdrüsen, dieselben Knochenmarksveränderungen und dieselben „leukämischen" Metastasen in den parenchymatösen Organen, wie in vielen Fällen echter Leukämie. Der Blutbefund zeichnet sich, nach Pincus durch eine relative Lymphocytose, d. h. eine prozentuale Vermehrung der einkernigen, basophilen Blutzellen aus. Ausnahmen von dieser Regel kommen vor. (Grawitz).

Auf Grund obiger Definition dürfen wir eine ganze Reihe von Erkrankungen, die bisher wohl auch noch gelegentlich als Pseudoleukämie bezeichnet werden, nicht mehr so benennen: es sind dieses die sogen. Hodgkin'sche Krankheit, das Lymphosarkom, die Drüsentuberkulose.

Die Pseudoleukämie galt nun bisher im allgemeinen für eine chronisch verlaufende Erkrankung. Sie war eben das Analogon der häufigeren, langsam verlaufenden Form der Leukämie. In den letzten Jahren ist nun auf Grund einiger Fälle, die Vermutung, mit grösserer oder geringerer Bestimmtheit, ausgesprochen worden, dass es auch eine „aleukämische" Form der akuten Leukämie giebt. Als Beispiel nenne ich einen Fall von Senator. Andere Autoren haben ähnliche Zustände als „atypische" Leukämie beschrieben.

Im Folgenden sollen 2 hierhergehörige Fälle beschrieben werden, denen ich, quasi als Vergleichsobjekt, einen Fall akuter Leukämie vorausschicke.

Diese Fälle sollen zeigen, dass Leukämie zwar ein Symptom schwerer Erkrankung ist, dass aber dieses Symptom, d. h. die Vermehrung der weissen Blutkörperchen im Blut, auch in akuten Fällen im Stich lassen kann, ohne dass darum der Verlauf der Krankheit ein anderer wäre.

Die Erkennung dieses Umstandes, von der nur symptomatischen Bedeutung des leukämischen Blutbildes veranlasst schon seit Jahren die Haematologen, an einer neuen treffenderen Nomenklatur für die sog. Blutkrankheiten zu arbeiten. Die diesbezüglichen Vorschläge, von denen ich nur die von Pappenheim, Türk und Sternberg nennen will, haben leider noch immer keine einheitliche Namengebung erreicht. Erreicht haben sie jedoch schon, dass man sich über das Wesen der in Frage kommenden Erkrankungen ziemlich einig ist.

Wenn ich die ältere Bezeichnung „Pseudoleukämie" der Pappenheim'schen „Aleukämie" vorziehe, so geschieht es deshalb, weil mir die erstere dem Sprachgebrauch nach, richtiger erscheint. „Pseudoleukämie" besagt, dass die Krankheit wie eine Leukämie aussieht, aber keine ist, während Aleukämie jede Krankheit bezeichnen könnte, die keine Leukämie ist.

Die 3 folgenden Fälle sind in klinischer, wie in pathologisch-anatomischer Beziehung unter einander recht ähnlich, während das Blutbild in allen 3 Fällen durchaus verschieden war. Meiner Ansicht nach, gehören sie alle derselben Krankheitsgruppe an.

Zunächst, ganz kurz, ein Fall von akuter Leukämie:

Fall I.

Der 19-jährige Beamte U. erkrankt am 12. Januar 1905 mit Fieber, Gliederschmerzen und Blutungen aus dem Zahnfleisch. In den Beinen starke Schmerzen, so dass er erstere nicht strecken kann. Früher stets gesund, bis auf eine leichte Mattigkeit im letzten Monat. Wohnungs- und Nahrungsbedingungen gut.

Der behandelnde Arzt konstatiert am 15. Januar eine leichte parenchymatöse Blutung aus dem Zahnfleisch, an den Unterschenkeln zahlreiche, an den Oberschenkeln wenige petechiale Blutflecken. In der Muskulatur beider Oberschenkel je ein grösseres Hämatom. Innere Organe und Urin normal. Normaler Ernährungszustand. Puls frequent, Temp. 39,0°.

Am 16. Januar und 19. Januar starkes Nasenbluten.

20. Januar Drüsenschwellung in den Axillen und den Leistenbeugen.

21. Januar Drüsenschwellung am Halse und am Nacken.

22. Januar. Schwellung einer Glandula submentalis. Zahnfleischblutungen. Zunehmende Anämie. Temp. 37,0—39,3.

24. Januar. Aufnahme in die I. Abt. des Alexanderhospitals. Sehr starke Anämie. Sämmtliche Lymphdrüsen geschwellt und schmerzhaft. Sternum druckempfindlich. Leber und Milz stark vergrössert. Herz o. B. Ueber der linken Lungenspitze hauchendes Atmen; h. u. beiderseits sehr rauhes Atmen. Sensorium klar. Urin: Eiweiss vorhanden (setzt sich nicht im Esbach) Zuck. O., Indican vermehrt, Urobilin vermehrt, Guajacprobe positiv. Im Sediment: Hyaline Cylinder, rote Blutkörperchen, Leukocyten. Im Stuhl: Blut.

Die Blutuntersuchung ergiebt: Hämoglobin 25%.

Rote Blutkörperchen: 2.204.000, Weisse 250.000! (Verhältnis 1:8,8).

An den roten Blutkörperchen leichte Grössenunterschiede; auf 300 weisse ein kernhaltiges rotes Blutkörperchen

Die weissen Blutkörperchen bestehn aus:

97% grosser Lymphocyten,
1% polynukleärer, neutrophiler,
1% Markzellen,
1% eosinophiler Zellen.

Die „Lymphocyten" gehören fast sämmtlich zum Typus der „Grossen", d. h. sie haben einen grossen, hellen Kern und einen, meist schmalen, Plasmasaum, der dunkler gefärbt ist. Manche Zellen sind zwar nur von der Grösse der Erythrocyten und selbst kleiner, zeigen jedoch dieselbe Struktur, wie die grossen. Bei weitem die Mehrzahl übertrifft die Erythrocyten etwa um das doppelte bis 3-fache an Grösse[1]).

Starkes Nasenbluten. Tamponade. Temp. 38,4 P. 120.

25. Januar. Kräfte nehmen ab. Zahnfleischblutung Temp. 39, P. 120.

26. Januar. Massenhaft Netzhaut- und Glaskörperblutungen. Drüsen sehr schmerzhaft.

27. Januar. Besinnungslosigkeit. Exitus.

Aus dem Obduktionsbefund (Dr. Ucke) ist hervorzuheben:

In den Pleurahöhlen je 50 ccm. hämorrhagischer Flüssigkeit. Im Herzen gelbe Koagula. Herzfleisch blass, rötlichgelb. Im Perikard zahlreiche Ekchymosen. von Stecknadelkopf- bis Linsengrösse. Im Endokard einzelne Ekchymosen. In den Randpartieen der Lungenunterlappen einige luftleere, hepatisierte Stellen. Milz: 180 gramm. Kapsel wenig gerunzelt, Gewebe derb, Malpigi'sche Körperchen deutlich. Leber: 1980 gramm, Zeichnung verwaschen, Oberfläche glatt, Gewebe ziemlich derb—von gelblicher Farbe. Im Nierenbecken hellrote Koagula. Nieren: parenchymatöse Trübung. Lymphdrüsen vergrössert. Knochenmark der Rippen und des Sternums sehr blass, in der Femurdiaphyse gelbrot—anscheinend fleckweise lymphoid, weich sulzig.

Mikroskopisch fand sich in der Leber: Trübung und Atrophie der Gewebszellen, in den interacinären Partieen reichliche Anhäufungen von Rundzellen, häufig auch den strotzend gefüllten Blutgefässen anliegend („Lymphome"). Die meisten dieser Zellen sind grössere Lymphocyten, (oder „Lymphoidzellen" — Wolff) mit grösserem Kern — anscheinend von derselben Art, wie im Blute—so weit dieses auf dem Schnitt erkennbar. Nieren: Parenchymatöse Trübung und um die Gefässe stellenweise reichlich Lymphocytenansammlungen, desgleichen um einige Glomeruli. Milz: Hyperplasie. Lymphdrüsen: Hyperplasie und zahlreiche nekrotische Herde, mit Häufchen von feinen Kokken. Femurmark im wesentlichen aus „Lymphoidzellen" bestehend.

Aus dem Knochenmark werden feine Diplokokken gezüchtet. deren Reinkultur eine Maus am 3. Tage tötet. 1 Kaninchen und 1 Ratte bleiben am Leben.

Es handelt sich somit um einen Fall akuter Leukämie, wie sie 1887 von Ebstein zuerst genauer

---

[1]) Färbung nach Ziemann-Romanowsky und Jenner.

beschrieben worden ist und die dann 1897 der Gegenstand einer ausgezeichneten Abhandlung A. Fränkel's und Benda's auf dem XV Kong. für innere Medizin war. Die späteren zahlreichen Publikationen über diese Krankheit haben kaum etwas Wesentliches zu ihrem Bilde hinzugefügt. Nur der Blutbefund bedarf einer Erörterung.

Bekanntlich hat man lange Zeit hindurch die akute Leukämie stets für „lymphatisch" gehalten, wie denn auch die Lymphocytenvermehrung in obigen Abhandlungen betont wird. Es giebt nun aber auch eine Anzahl von Fällen, bei denen die Vermehrung der weissen Blutkörperchen andere Zellen betrifft. Solche „gemischtzellige" oder „Markzellen" — Leukämie mit akutem Verlauf sind z. B. von Grawitz, Hirschfeld und Alexander, Lazarus und Fleischmann, Edler und Fowler u. a. veröffentlicht. Ausserdem hat Wolff einen dritten Typus, die sog. „Lymphoidzellenleukämie" aufgestellt. Bei dieser handelt es sich um fast ausschliessliche Vermehrung der „grossen Lymphocyten" d. h. der einkernigen basophilen Zellen mit hellem Kern und dunklerem Plasmasaum. Sternberg sondert nun derartige akute Fälle mit grosszelliger Lymphocytenvermehrung völlig von der Leukämie ab und nennt sie Leukosarkomatose. Er hat nämlich in diesen Fällen stets irgendwo im Körper ein tumorartiges Gebilde gefunden, dessen Struktur von diesen grossen Lymphocyten oder Lymphoidzellen gebildet wird.

Diese Abtrennung der „Leukosarkomatose" von der akuten lymphatischen Leukämie halte ich nicht für gerechtfertigt. Fränkel und Benda machen in ihrer klassischen Beschreibung der akuten Leukämie keinen Unterschied zwischen den Fällen mit Vermehrung der kleinen und denen mit Vermehrung der grossen Lymphocyten. Es unterliegt jedenfalls keinem Zweifel, dass die Fälle klinisch absolut identisch verlaufen. Auch der pathologisch-anatomische Befund ist in allem gleich — bis auf den irgendwo im Körper befindlichen Sternberg'schen Tumor. Ein solcher ist mir nun in meinem obigen Fall nicht aufgefallen — obgleich ich die Möglichkeit zugeben muss, dass er übersehn worden sein könnte. Ich möchte mich in dieser Frage folgenden Ausführungen Pappenheim's anschliessen, die er bei Gelegenheit der Besprechung des ausgezeichneten Sternberg'schen Buches machte: (Fol. haemat. 1905 S. 713) . . . „er müsse mit Türk darauf hinweisen, dass alle Uebergänge (scil. der Lymphocytenformen) vorkommen." „Man dürfe annehmen, dass die vermehrte pathologische Bildung der grossen unreifen Zellformen ein Beweis und die Folge der Akuität des Prozesses, bezw. des lymphoplastischen Reizes ist. Die Keimzentrumszellen haben keine Zeit zur differenzierenden Reife und vermehren sich als solche."

Ich möchte meinen Fall somit als „akute Leukämie mit Vermehrung der grossen Lymphocyten" bezeichnen.

Fall II.

O. 31 a. n., Kommissionär aus Cherson, kommt am 19. Juli 1904 nach St. Petersburg, weil er zu Hause keine Hilfe findet. Seit etwa 3 Wochen leide er an Fieber bis 39,0° und Appetitlosigkeit. Es bestehen starke Durchfälle — bis 10 mal täglich. Im Ganzen sei er schon etwa seit 6 Wochen sehr matt. In den letzten Jahren gesund gewesen. Früher Variola, Scarlatina, Appendicitis, Gonorrhoe und Ulcus molle. Alkohol reichlich. Keine Lues. Der einige Mal konsultierte Arzt berichtete mir nachträglich brieflich, dass während der letzten Wochen starke Lymphdrüsenschwellungen vorhanden waren, weswegen er an eine Leukämie gedacht habe. Das Blut konnte nicht untersucht werden.

Patient sehr blass und mager. Inguinal-, Cubital-, Axillar-, Cervicaldrüsen stark geschwollen, von prall-elastischer Konsistenz, schmerzlos. Die grösste Drüse in der Leistenbeuge ist 4 cm. lang.

Herz und Lungen o. B. Leber kaum vergrössert. Milz sehr gross, derb palpabel. Abdomen aufgetrieben. Etwas Ascites. Fussödem. Arterien stark geschlängelt und rigid. Faeces: bluthaltig, schleimig-flüssig, von grünbräunlicher Farbe. Keine Helminthen, keine Amoeben, keine Tbc. Harn 1012, alkalisch, Alb. O, Zuck. O. Indican vermehrt, Urobilin vermehrt, Guajacprobe negativ. Keine Bence-Jones'sche Albumosurie. Keine Tbc. in dem leucocytenreichen Sedimente. Ein Orientierungspräparat des Blutes ergiebt Poikilo- und Anisocytose. Auffallend wenig Leukocyten. Es werden mit grosser Mühe 100 Leukocyten gezählt, von denen 8 polynukleär, neutrophil, 16 kleine Lymphocyten und 76 grössere Lymphocyten, inklusive vieler gezackter und gequetschter basophiler einkerniger Zellen, waren.

Der Verlauf war rapid; die Durchfälle hielten an, Patient magerte noch mehr ab, Temp. und Pulszahl stiegen bis 38,9 resp. 130 und am 26. Juli kollabierte Patient plötzlich, nachdem er hastig und anscheinend sehr hungrig sein Mittagessen verzehrt hatte. Exitus.

Am Morgen des 26. Juli hatte die Blutuntersuchung ergeben: Hämoglobin (Sahli) 35—40%. Rote Bk. 2.104.000. Weisse 1248. Im gefärbten Ausstrichpräparat sind gar keine polynukleären Leukocyten zu finden. Es sind ausschliesslich basophile, einkernige Zellen von verschiedner Grösse vorhanden. Bei einer ½ stündigen Durchsuchung eines grossen Präparates werden im ganzen 27 Leukocyten gefunden, von denen waren:

9 grosse Lymphocyten mit hellem Kern
4 » Leukocyten » dunklem »
5 » homogene Zellen
4 kleine » »
5 gequetschte und gezackte Formen.

In 3 Ausstrichpräparaten 2 kernhaltige rote Blutkörperchen gefunden. Wassergehalt des Blutes 88%.

Die klinische Diagnose lautete: Pseudoleukämie. Enteritis ulcerosa.

Die Obduktion (Dr. Ucke) ergab: Im Abdomen 1½ Liter hämorrhagischer Flüssigkeit, im Herzbeutel 100 ccm. seröser, in den Pleuren wenig hämorrhagischer Flüssigkeit. In den Herzhöhlen wenig flüssiges Blut und Coagula. Endokard durchtränkt mit Blutfarbstoff. Pleuraekchymosen. Leichte Pleuraadhärenzen. Lungenödem. Lobulär-pneumonische Herde. Milz 731 Gramm, schwarz-rot, derb, gekörntes Aussehn der Schnittfläche, grau-gelbliche, erbsen- bis nussgrosse Nekroseherde. Lebergewebe trüb, Zeichnung verwaschen, normale Grösse. Nieren, parenchymatöse Trübung. Sämmtliche Drüsen vergrössert, auf dem Schnitt grau. Sternal- und Rippenknochenmark schiefergrauwässrig. Es ist kein richtiges Mark sondern nur eine graue Verfärbung der Spongiosa vorhanden, so dass sich kaum Material zum Mikroskopieren gewinnen lässt. In der Femurdiaphyse graurotes, zerfliessliches Mark. In Jejunum und Ileum Ulcera der Mucosa, z. T. rund, mit wenig prominenten Rändern und zentralem, festhaftendem, graugelblichem nekrotischem Belag, z. T. strichförmig, zur Achse quer gestellt mehr oder weniger die Peripherie des Darmlumens umgreifend, mit schmalem, gelblichem Zerfallszentrum und etwas aufgeworfnen Rändern. Ebensolche Geschwüre im Colon und Coecum.

Anat. Dinge: Enteritis ulcerosa. Pneumoniae lobulares haemorrhagicae lobi super. pulm. dextr. Myocarditis acuta. Tumor lienis. Nephritis parenchymatosa. Lymphadenitis. Degeneratio Medullae ossium.

Mikroskopisch ist bemerkenswert: Leber: Sehr zahlreiche Anhäufungen von meist kleinen Rundzellen zwischen den Leberläppchen, von unregelmässiger Form („Lymphome"). Sie liegen meist interalveolär, jedoch auch um die Zentralvenen herum. Die Leberzellen klein und atrophisch. Dazwischen Zoogloeahaufen von Bakterien mit nekrotischem Hof. Nieren: Um die Gefässe und die Glomeruli massenhaft Lymphocytenhaufen, die auch tief in das Parenchym eindringen. In einigen solcher Haufen zentraler Zerfall mit Bazillenzoogloea. Diffuse Infiltrate zwischen den graden Harnkanälchen; wo die Infiltrate stärker sind, nekrotisieren die Epithelzellen. Viele Zellstränge gequollen und in Zerfall begriffen. Stellweise Kernschwund. Milz: Im schwach gefärbten hyperplastischen Gewebe treten Haufen von stark basophil gefärbten kleinen Lymphocyten deutlich hervor. Stellenweise finden sich einzelne grosse Zellen, schwächer gefärbt, mit lebhafter Kernteilung. Vereinzelte Knochenmarksriesenzellen. In den Lymphdrüsen eine starke Hyperplasie und eine nur unscharfe Abgrenzung von retikulärem und lymphadenoidem Gewebe. Es sind fast nur kleine Lymphozyten vorhanden; nur wenig grosse einkernige, mit grossem, blassem Kern. In einer Drüse im Zentrum eines „Lym-

phoms“ ein Degenerationsherd mit schwach gefärbten Zellen mit Kernschwund, mächtigen Bakterienhaufen und einer beträchtlichen Zahl polynukleärer Leukocyten (eitrige Einschmelzung). Im Dünndarm: Hyperplasie der Lymphfollikel, welche an der Oberfläche unmittelbar in, mit dem Lumen kommunizierende, Nekrosemassen übergehn. Gegen die Submucosa ist die Nekroseschicht durch eine Zone kleinzelliger Infiltration abgesetzt. Submucosa: aufgelockert, beginnende Nekrose auch hier; massenhaft Bakterien (Stäbchen) im Gewebe. Lungen: Lobulärpneumonische Herde mit Nekrose. Massenhaft Bazillenhaufen, die z. T. auch Blutgefässe und Alveolen erfüllen. Das Femurknochenmark enthält nur wenig Fettzellen; im übrigen treten bei schwacher Vergrösserung typische ziemlich gut abgrenzbare „Lymphocytenhaufen“ hervor. Sie bestehn aus kleinen Lymphocyten. Grosse „lymphoide“ Zellen, Markzellen und atypische Formen in relativ geringer Zahl. Viel rote Blutkörperchen und massenhaft kleine Stäbchen. Aus dem Sternal- und Rippenmark lassen sich keine ordentliche Präparate gewinnen: vereinzelte degenerierte Zellreste und Detritus.

Das massenhafte Vorhandensein eines Stäbchen's in allen Organen, besonders im Knochenmark, veranlassten Dr. Ucke zur Züchtung desselben aus dem Knochenmark: Es sind „Kokkobazillen“ d. h. Stäbchen, die wie Diplokokken imponieren. Sie sind beweglich; Gram negativ Auf Agar bilden sie in 24 h. einen gelblich-weissen, durchscheinenden Belag. In Bouillon in 24 h. Trübung mit geringem Bodensatz. In 48 h. wird das Sediment reichlich, die Bouillon klar. Beim Aufwirbeln wird das Sediment fädig. Auf Kartoffeln grauweisser, dicker Belag von buchtigem Aussehn. In Gelatine bildet sich in 24 h. ein minimaler Verflüssigungstrichter (beim Stich), nach 48 h wird der Trichter breiter, nach 72 h. tritt Verflüssigung bis zum Rande ein. An der Oberfläche bildet sich ein mattweisses Häutchen. Der Bazillus ist für Kaninchen und Meerschweinchen nicht pathogen, Mäuse und Ratten fallen in 48 h. Eine Maus, mit Knochenmarksaufschwemmung intraperitoneal geimpft, fällt in 36 Stunden. Es finden sich Nekrosen in der Leber, in der Lunge hepatisierte Herde, die Milz ist blutreich und vergrössert.

Es handelt sich in obigem Fall somit um eine ungewöhnlich rasch verlaufende Pseudoleukämie mit Leukopenie. Auf die Einzelheiten soll erst nach Schilderung des nächsten Falles, der diesem in mancher Hinsicht ähnlich ist, eingegangen werden.

Fall III.

K. 19 a. n., Kommis, ist 3 Wochen krank. Klagt über Brustschmerz, Kopfschmerz, Schwäche, unregelmässigen Stuhl. Es bestehe seit einigen Tagen Atemnot. 1 Mal sei Erbrechen aufgetreten. Mehrfach starkes Nasenbluten. Keine ernsteren Krankheiten gehabt, kein Alkoholabusus. Der Vater ist Trinker und hatte in der Jugend ein Ulcus penis; von seinen 13 Kindern seien 8 gestorben. Patient ist von Jugend an schwächlich und habe in den letzten Monaten ab und zu etwas Brustschmerz gehabt.

Status am 6. November 1905 Patient mager, schwächlich, sehr blass. P. 104. Temp. 37,8. Herz: der erste Ton an der Spitze unrein. Pulmonalakzent, sonst o. B. Am Halse deutlicher Venenpuls, der sich graphisch als negativ erweist. Lungen: Rechte Spitze etwas verkürzt, verschärftes Exspirium, sonst o. B. Leber sehr gross, hart, schmerzlos. In der rechten Mamillarlinie Breite der Leberdämpfung 23 ctm. Milz derb palpabel, Urin: 1018, sauer, Alb. o. Zuck. o. Indican nicht vermehrt. Stuhl dickflüssig, braungelb, Guajac positiv. Keine Helminthen, viel Schleim, rote Blutkörp.

7. November. Blut. Hämoglobin (Sahli) 48%, Rote Blutkörperchen 2.576.000, Weisse 4600. Poikilocytose. Von den weissen sind 23% polynukleär, neutrophil — die übrigen 77% basophil, einkernig, ungranuliert.

An beiden Armen reichliche petechiale Hautblutungen.

8. November Im Urin etwas Eiweiss. Nasenbluten.

10. November. Durchfall. Im Stuhl Blut.

11. November. Probefrühstück. Freie Salzsäure 20, Gesamtacid. 80. Mikroskopisch der Mageninhalt normal, kein Blut. Venenpunktion zwecks Aussaat auf Agar und Bouillon. (Es wachsen Staphylokokken). Im Venenblut 25% polynukleäre, 75% einkernige, basophile. Auf 200 weisse 9 kernhaltige rote Blutkörperchen. Anisocytose. Polychromatie.

13. November. Reichliche Petechien an den Beinen und im Gesicht.

Täglich Nasenbluten. Durchfall.

14. November. Erbrechen; Nasenbluten. Ophtalmoskopie ergiebt beiderseits reichlich Netzhautblutungen, Anämie der Retinae und Blässe der Papillen. Patient verfällt sichtlich. Durchfall. Temp. steigt.

15. November. Blut: Rote Blutkörperchen 1.428.000 Weisse 4000. Anisocytose. Basophile Körnung und sehr viel kernhaltige rote. Megaloblasten.

Von den weissen sind:

Polynukleär. neutrophil	21%
Markzellen	2%
Kleine Lymphocyten	52%
Grosse »	12%
Verschiedene gezackte und gequetschte homogene einkernige	13%

Unstillbares Nasenbluten. Grosse Extravasate in der Haut. Erbrechen.

16. November. 4 blutige Stühle. Verfall. Exitus.

Klin. Diagnose: Anaemia gravis (perniciosa) Enteritis ulcerosa.

Ein Auszug aus dem Obduktionsprotokoll (Dr. Ucke) ergiebt:

Ekchymosen der Darmserosa und starke Injektion der Serosagefässe. Pleuraekchymosen. Lungenödem Perikardekchymosen. Im Herzen flüssiges Blut und Koagula von sehr blasser Farbe. Herzmuskel sehr blass. Leber 2530 gramm. Gewebe derb, Zeichnung undeutlich. Milz 375 gramm 14 : 10 cm. gross. An der Oberfläche Ekchymosen. Gewebe derb, Malpighische Körperchen deutlich vergrössert. Hellbraunrot. Nieren blass. In der Magenschleimhaut Ekchymosen. Im Ileum zahlreiche kleine Geschwüre, den Follikeln entsprechend, mit dick aufgeworfnen, hämorrhagischen Rändern und zentralem, festhaftendem. nekrotischem Schorf. Im Dickdarm Blut und viele kleine flache Ulcera z. T. bis zur entblössten Muscularis reichend, z. T. mit diphteritischem Belag. Mesenterialdrüsen leicht vergrössert, hellrötlich. Femurdiaphysenmark dunkelrot, zerfliesslich. Sternal- und Rippenmark anscheinend normal Die mikrosk. Untersuchung ergiebt im Darm: Blutungen in die Submucosa, Gefässe sehr blutreich, Hyperplasie der Lymphfollikel; in letzteren hie und da zentraler Zerfall. In der Niere Epitheldesquamation, stellenweise reichlich Fettablagerung in den Epithelien (Sudan). Um die Glomeruli und hie und da im Gewebe Rundzellenzüge, die sich zu unregelmässig gestalteten, grösseren «Lymphomen» zusammenhäufen. Im gefärbten Präparat sind sie schon mit blossem Auge als dunkle Pünktchen erkennbar. Sie bestehn jedoch nicht aus kleinen Lymphocyten, sondern aus grösseren «lymphoiden» Zellen. In der Leber in dem interacinösen Gewebe und unter der Kapsel reichlich einkernige Zellanhäufungen, die oft auch den Gefässen angelagert sind und unregelmässige Häufchen bilden. Hie und da dringen sie auch zwischen den Leberzellen in das Parenchym ein. Die Eisenprobe mit Ferrocyankalium im Schnitt negativ. Milz blutreich, hyperplastisch enthält neben kleinen Lymphocyten eine bedeutend grössere Zahl von schwach gefärbten, einkernigen, homogenen «Lymphoidzellen». Im Ausstrichpräparat hauptsächlich grössere, basophile Zellen mit schlecht differenziertem Kern. Die Eisenprobe negativ.

In den Lymphdrüsen neben kleinen Lymphocyten eine grosse Menge grösserer epitheloider Zellen oft mit mehreren Kernen, die sich schlecht färben. Sie liegen meist im retikulären Gewebe. Hie und da deutliche Kernteilungsfiguren (Benda's «Lymphogonien»). Das Knochenmark des Femur enthält hauptsächlich grössere «lymphoide» Zellen mit grossem, oft blasigen Kern. Einzelne eosinophile und Markzellen. Daneben reichlich kleine Lymphocyten. Viel rote Blutkörperchen und einige Erythroblasten.

Vergleichen wir nun unsre beiden letzten Fälle mit Fall I, so sehen wir zunächst in klinischer Beziehung eine unverkennbare Aehnlichkeit. Wir haben folgende Hauptsymptome, die Fränkel als für die akute Leukämie charakteristisch hinstellt: 1) Ein akuter Verlauf. Denn ein Verlauf von 7, resp. 4½ Wochen ist als akut zu bezeichnen 2) Blutungen. In Fall II bestanden Darmblutungen, in Fall III profuses Nasenbluten und geringere Darmblutungen 3) Drüsenschwellung. In Fall II hochgradig, in Fall III mässig. 4) Milz- und Lebervergrösserung. Die Milz wog 731, resp. 375 gramm. Die Leber war in Fall II anscheinend normal gross, in Fall III wog sie 2530 gramm. 5) Beträchtliches Fieber. 6) Der charakteristische Blutbefund. In diesem Punkt weichen nun beide Fälle durchaus vom Bilde der Leukämie ab. Es besteht keine Vermehrung, sondern eine Verminderung der weissen Blutkörperchen, eine Leukopenie. Aber in einer Hinsicht ist das Blut dieser Fälle dem bei akuter Leukämie doch ähnlich: es be-

steht ein Schwund der polynukleären Leuocyten, eine relative Lymphocytose. Es liegt ein Blutbild vor, wie es Pincus für die Pseudoleukämie als charakteristisch hinstellt.

Noch grösser ist die Aehnlichkeit unsrer beiden Fälle mit dem Fall I, — der akuten Leukämie in pathologisch-anatomischer Beziehung:

Das Fettmark in den Femurdiaphysen ist durch rotes ersetzt; Milz, Darmfollikel und Lymphdrüsen sind hyperplastisch; es bestehen die Zeichen schwerer Anämie (Blässe, Ekchymosen) an verschiedenen Organen; in Niere und Leber finden sich typische „metastatische" Lymphome in grosser Zahl.

Diese Befunde berechtigen wohl zu der Annahme, dass wir es in unseren beiden Fällen mit echter akuter Pseudoleukämie zu tun haben. Denn es handelt sich um eine Krankheit, die, mit Ausnahme des Blutbildes, welches nur eine relative Lymphocytose zeigt (Pincus), in klinischer wie wie pathologisch-anatomischer Beziehung der Leukämie gleicht. Zur Beobachtung sind Fälle von akuter Pseudoleukämie wohl schon mehrfach gelangt, nur ist ihre Deutung eine verschiedene gewesen. Ebstein schon hat 2 Fälle referiert, die er für akute Pseudolenkämie hielt, Fränkel sagt von einem seiner Fälle von akuter Leukämie, dass das Blutbild sich dem einer Pseudoleukämie nähere, und Senator's Fall „schwerer aplektischer Anämie" gehört wohl sicher auch in diese Kategorie.

Anmerkung: Senator's Ausspruch, dass manche Fälle von Morbus Werlhofii zu den leukämischen Erkrankungen zu rechnen seien, wozu er durch einen eigenen Fall (Mosse) veranlasst wurde, veranlasst mich folgenden Fall, quasi in Parenthese zu erwähnen:

Der Händler K., 40 a. n., hat seit 1 Woche eine grosse Zahl roter Flecke am Körper und fiebert seit bald 2 Monaten. Vor 8 Jahren Lues. Seit mehreren Jahren «rheumatische» Schmerzen in den Gliedern.

Stat. am 18. November 1901. Patient blass, mager. Der ganze Körper bedeckt mit anscheinend symmetrischen, roten, runden Flecken von verschiedner Grösse. Im subkutanen Gewebe keine Infiltration. Die Flecke sind leicht erhaben und in circa 5 Markstück grossen Bezirken gruppiert. Die Milz ist gross. Die Drüsen z. T. etwas vergrössert, derb, das Zahnfleisch gelockert, dunkelrot, geschwellt. Im Urin: Alb.+ Urobilin + rote Blutkörperchen und hyaline Zylinder. Die Temp. betrug 38,3—40,0. P. 112. Die Blutuntersuchung ergab 60% Haemoglobin. Rote Blutkörperchen 3.900,000, weisse 12,000. Im Ausstrichpräparat sind die roten normal, keine Poikilocytose. Die weissen bestehn ausschliesslich aus einkernigen, basophilen, homogenen Zellen — polynukleäre sind nicht vorhanden. Der Verlauf war rapid, die Schwäche steigerte sich gradatim bis zu dem am 22. November erfolgten Exitus.

Aus dem Obduktionsbefund (Dr. Ucke) ist nun interessant, dass das Sternalmark normal rot, das Femurdiaphysenmark normales Fettmark war, welches auch mikroskopisch keine Abweichungen zeigte. Daneben Pleuraekchymosen. Im Jejunum ein kleines Geschwür. Die Milz und Drüsen hyperplastisch. In den Nieren Blutungen, parenchymatöse Trübung und kleinzellige Infiltration. In der Leber «Lymphome» in reichlicher Zahl, im interacinären Gewebe liegend. Im übrigen ein Befund, wie er am ehesten einer Sepsis entspricht.

Ich führe diesen Fall, dessen Deutung schwierig ist, hier an, weil er 2 Symptome zeigt, die wir auch bei unsren Pseudoleukämiefällen haben: den Schwund der polynukleären Leukocyten und die Lymphocytenhaufen im Lebergewebe.

Merkwürdig ist die Lymphocytämie bei anscheinend ganz normalem Kuochenmark. Als Pseudoleukämie können wir den Fall jedenfalls nicht auffassen, solange wir die Knochenmarkveränderung als notwendiges Postulat für die Diagnose «Leukämie» hinstellen.

Es finden sich in der Literatur noch mehrere Fälle, die dem Wesen nach in diese Gruppe der akuten Pseudoleukämie, oder, um mit Pappenheim zu reden, der „lymphadenoiden, medullären Aleukämie" gehören. Unter anderen die von Plehn als latente akute Leukämie und von A. Wolff als aplestische Leukämie beschriebenen Fälle. Eine Sonderstellung nimmt der kürzlich von C. A. Ewald publizierte Fall ein, der ganz in unser Schema passte, wenn nicht der Blutbefund eigentümlicher Weise ein qualitativ anscheinend wenig veränderter gewesen wäre. Es fehlte nämlich die sonst beobachtete, relative Lymphocytose. Ich fasse den Fall trotzdem auch als akute Pseudoleukämie auf, und zwar möchte ich ihn als Analogon, oder „aleukämische Form", der seltenen akuten Mischzellenleukämie betrachten. Diese bisher nicht beobachtete Variante ist ebenso gut verständlich wie unsre akute „lymphatische" Pseudoleukämie, die eben die aleukämische Variante der akuten lymphatischen Leukämie ist. Wenn wir nun noch die klassische „chronische" Pseudoleukämie hinzuziehen, so kennen wir jetzt von allen Leukämieformen auch „aleukämische" oder „pseudoleukämische" Schwesterformen. Auf dem Boden der neuerdings besonders von Pappenheim vertretenen Ansichten über das Wesen der leukämischen Erkrankungen stehend, wissen wir, dass „Leukämie" nur ein Symptom ist, — ein Hereinbrechen der proliferierten Zellen in die Blutbahn. Ob die Pseudoleukämie, d. h. die Zellwucherung in verschiedenen Organen ohne Ausschwemmung dieser Zellen in das zirkulierende Blut, stets als Vorstadium der echten Leukämie aufzufassen ist, soll hier nicht erörtert werden. Wahrscheinlich ist es. Jedenfalls kann der Kranke zu Grunde gehn, bevor das Symptom der Leukämie auftritt. Und der Hauptsitz der Zellmassen spielt für das Wesen der Erkrankung keine entscheidende Rolle: ein Mal ist das Knochenmark durchweg lymphadenoid, ein anderes Mal Milz und Lymphdrüsen stark hyperplastisch, in einem dritten Fall findet man vielleicht nur mikroskopische Lymphome in den parenchymatösen Organen, — und doch stirbt der Kranke an derselben unabwendbar letalen Infektion, welche wir für die akute Leukämie annehmen müssen.

Wenn Grawitz die Existenz akuter Pseudoleukämie aus dem Grunde bestreitet, weil man nicht wissen könne, ob der Kranke nicht vor dem plötzlichen Eintritt bedrohlicher Symptome, die ihn zum Arzt treiben, erkrankt gewesen sei, so ist das nur in dem Fall berechtigt, dass er auch gegen die akute Leukämie denselben Einwand erhebt. Er ist der Ansicht, dass solche „akute" Pseudoleukämiefälle nicht akut verlaufen seien, sondern meist nur akut begonnen hätten, oder aber nur „ein stürmischer Beginn des 2. Krankheitsstadiums" seien. Mir scheint, dass man meinen obigen Fällen einen akuten Verlauf nicht absprechen kann, — falls man nicht auch für die Leukämie die Bezeichnung „akut" verwirft.

Gehen wir nun noch auf einige Besonderheiten unserer Fälle ein, so ist in Fall II das eigentümliche atrophische Rippen- und Sternalmark zu erwähnen. Ein solcher Befund ist hie und da in Fällen schwerer Anämie erhoben worden, von denen mir besonders der Fall Engel's interessant war. Hier fand sich gleichfalls ein grauwässriges Mark im Sternum und Rippen bei totalem Zellschwund. Engel fand hier bakteriologisch ein eigenartiges, dem Bacillus Friedländer ähnliches Stäbchen. Nun ist in meinem Fall II gleichfalls ein Stäbchen mit eigenartigem Wachstum und Tiervirulenz aus dem Knochenmark gezüchtet worden. Dieses Zusammentreffen ist immerhin zu beachten, obschon Engel einen unbeweglichen Bacillus, Dr. Ucke in meinem Fall einen beweglichen fand. Der Befund von Bakterien bei der akuten Leukämie und wohl auch bei der ihr

wesensgleichen hier besprochenen lymphocytären Pseudoleukämie dürfte die Regel sein und in vielen Fällen, wo darauf gefahndet wurde, sind auch irgend welche Bakterien in vivo aus dem Blut, oder post mortem aus dem Knochenmark gezüchtet worden. In Fall I z. B. habe ich aus dem Knochenmark einen für Mäuse virulenten Diplokokkus gezüchtet, in Fall III aus dem Blut Staphylokokken. Gerade der Umstand, dass bei der akuten Leukämie die allerverschiedensten Bakterien gefunden werden, legt den Gedanken nahe, dass es sich bei dieser Krankheit schliesslich um eine Sekundärinfektion mit Ausgang in letale Sepsis handelt. Dass die akute Leukämie eine Infektionskrankheit ist, wird heute von den meisten Autoren angenommen. Auch Pappenheim tritt dafür ein. Es wäre nun möglich, sich den Vorgang so vorzustellen, dass das uns noch unbekannte „Leukämievirus" die lymphadenoide Hyperplasie hervorruft, und dass dann, sagen wir vom Darm aus, eine beliebige Infektion in den geschwellten und oft mikroskopisch ulcerierten Follikeln einen ungewöhnlich fruchtbaren Boden fände. Beim Studium dieser wuchernden, in das Darmlumen exulcerierenden Follikel, mit dem massenhaften Bakterienbefunde im Gewebe, wird einem geradezu ad oculos demonstriert, wie die Allgemeininfektion auf dem Darmwege entstehen muss. Es braucht dieses natürlich nicht der einzige Weg zu sein. Die Anschauung von P. F. Holst, der die akute Leukämie überhaupt als keine einheitliche Erkrankung, sondern als veranlasst durch viele unsrer gewöhnlichen Bakterien, die sich gewissermassen „auf das Knochenmark präzipitieren", auffasst, teile ich darum noch nicht. Der spezifische „Leukämieerreger" wird durch meine Auffassung nicht überflüssig, — im Gegenteil —, er muss nicht nur die Entstehung der „Lymphome" veranlassen, sondern auch die Widerstandskraft des Organismus schwächen. Kommt dann aber ein virulenter Bazillus in Massen in diesen geschwächten „lymphatischen" Organismus, — dann giebt es keine Schranke mehr und in aller kürzester Zeit erfolgt der Exitus. Selten empfindet man die Hilflosigkeit unsrer Therapie so sehr, wie am Krankenbett eines Patienten mit akuter Leukämie.

Oft handelt es sich ausserdem um grazile, von jeher etwas schwächliche Menschen.

Bemerkenswert ist in meinem Falle III. die Kombination des Bildes der Anaemia perniciosa mit dem Befunde der Leukämie, — also gewissermassen eine „Leukanämie", oder richtiger, eine „Pseudoleukanämie". Letztere Bezeichnung rührt von Senator her, der die Existenz einer solchen Erkrankungsform vermutete. Auch vor der Erfindung des Titels „Leukanämie" (Leube, Luce, Kerschensteiner, Mattirolo u. a.) ist übrigens der Zusammenhang der Anämie mit der Leukämie beachtet worden. Auch Strauss und Rohnstein weisen auf ihn hin und manche Fälle von sogen. Anämia splenica gehören hierher. So könnte z. B. der bekannte Fall von Zypkin als Pseudoleukanämie bezeichnet werden. Auch Ewald's jüngster Fall gehört hierher.

Pappenheim, Sternberg u. a. betonen nun mit Recht, dass die Leukanämie als selbständiger Krankheitsbegriff nicht existenzberechtigt ist. Die Leukämie schädigt stets das Knochenmark, die Brutstätte der roten Blutkörperchen, in mehr oder weniger schwerem Grade. Dass es dabei zu Erscheinungen von schwerer Anämie kommen kann, ist natürlich. Die Leukämie ist also nur ein Symptom, welches uns die hochgradige Erkrankung des Knochenmark's anzeigt. Dass bei schwerer Leukämie die Anämie fehlen kann, ist kein Beweis gegen diese Auffassung. Es ist dann eben noch ein genügendes Quantum gut funktionierenden Markes vorhanden. In Fall III ist ferner noch der Umstand zu erwähnen, dass die lymphocytären Ansammlungen in den Organen, besonders auffällig in den Lymphdrüsen, nicht aus kleinen, sondern aus grösseren „Lymphocyten" bestanden. Wir haben es hier also gewissermassen mit einer aleukämischen Form der Sternberg'schen Leukosarkomatose zu tun. Wie schon bei Besprechung des ersten Falles von akuter Leukämie erwähnt, halte ich diese Trennung für nich gerechtfertigt — besonders wenn sich kein isolierter Tumor nachweisen lässt. *)

Schliesslich möchte ich noch auf die interessante Einzelheit hinweisen, dass in Fall II bei der Obduktion in dem Zerfallsherd eines „Lymphoms" in einer Lymphdrüse viele polynukleäre Leukocyten gefunden wurden, die in dem zirkulierenden Blut und sonst in den Organen nicht vorhanden waren. Eine solche „eitrige Einschmelzung" wurde von Benda in einem seiner Fälle in einem Nierenlymphom gefunden. Dass echte, polynukleäre Eiterzellen bei der sonst rein lymphocytären Form akuter Leukämie auftreten ist ja eine jetzt schon oft beobachtete Tatsache und zeigt jedenfalls, dass die polynukleären Zellen im entzündeten Gewebe selbst aus „lymphoiden" entstehn können.

Hoffentlich dienen meine beiden Fälle akuter Pseudoleukämie dazu, die Erkenntnis des nahen Zusammenhang's dieser Krankheit mit der Leukämie zu fördern. Das Hereinbrechen der proliferierten Zellen in die Blutbahn hängt möglicherweise von der Lage und der Quantität der „Lymphome" ab, während die Lebensdauer des Kranken weniger vom Auftreten dieses Symptom's als von der Intensität der Noxe, oder aber von einer Sekundärinfektion, abhängig ist.

Da nun das Symptom der Leukämie im Stich lassen kann, wäre es vielleicht zweckmässiger, dasjenige Symptom, welches allen Leukämieen und Pseudoleukämieen gemeinsam zukommt, hervorzuheben und von einer Lymphomatosis (Türk) oder Myelomatosis (Hirschfeld) zu sprechen. Als nähere Erläuterung könnte hinzugefügt werden: mit leukämischem, anämischem, oder selbst leukanämischem Blutbild.

Die Hauptsache ist doch nicht die Nomenklatur, sondern die Einsicht von dem nahen Zusammenhang der anscheinend oft so verschiedenen leukämischen Erkrankungen. Hoffentlich liefert uns die Erforschung ihrer Aetiologie bald den Schlüssel zu ihrem vollen Verständnis.

Literatur.

Arneth und Leube. Deut. Archiv f. klin. Med. B. 69.
Benda. Verhandl. d. XV Kongr. f. inn. Med. S. 371.
Ebstein Deutsch. Arch. f. klin. Med. B. 44.
Ehrlich, Lazarus, Pincus. Anämie und Leukämie. Nothnagel's Handbuch.
Engel. Zeitschrift f. klin. Med. B. 40.
Ewald. Berl. klin. Woch. 1906. № 26.
Fränkel. Verhandl d. XV Kongr. f. inn. Med. S. 358.
Grawitz Klin. Pathol. des Blutes. 3. Aufl.

*) Eine prinzipielle Scheidung der Lymphocyten je nach der Grösse oder der mehr oder weniger starken Färbung der Keine halte ich übrigens für ebenso nutzlos wie theoretisch falsch — denn es kommen fraglos Uebergangsformen in grosser Zahl vor.

Hirschfeld Berl. klin. Woch. 1906. № 18.
derselbe. Fol. haematologica 1905. S. 743.
» und Alexander. Berl. klin. Woch. 1902. № 11.
Holst. Fol. haemat. 1904. S. 736.
Kerschensteiner. Refer. in Fol. haem. 1905. S. 697.
Leube cf. Arneth.
Luce. Deut. Arch. f. klin. Med. B. 77.
Mattirolo. Fol. haemat. 1905. S. 657.
Michaelis. Zeitschr. f. klin. Med. B. 45.
Mosse. Fol. haemat. 1905. S. 297.
Pappenheim Folia haematologica. 1905.
Plehn. Berl. klin. Woch. 1904. S. 1539.
Senator. Zeitschr. f. klin. Med. B. 54.
Sternberg. Pathol. der Primärerkrank. d. lymphat. und hämatopoet. Appar. Wiesbaden. 1905.
Strauss und Rohnstein. D. Blutzusammensetz. bei verschied. Anämien. Berlin. 1901.
Türk. Fol. haematol. S. 231. 1905 und S. 753. (Hirschfeld).
Derselbe. Vorles. über klin. Hämatologie. I. Teil.
Wolff. Berl. klin. Woch. 1905. № 2.
Derselbe. Zeitschr. f. klin. Med. B. 45.
Zypkin. Berl. klin. Woch. 1903. № 42 u. 43.

Ueber die antiseptische Wirkung des Menstrualblutes bei Ulcus molle.

Von

Prof. O. v. Petersen.

Als ich vor einigen Jahren im städtischen Kalinkinhospital zeitweilig die Leitung der venerischen Abteilung übernommen, hatte ich Gelegenheit eine Beobachtung zu machen, die, soweit mir die Literatur bekannt, nicht publiziert worden und doch scheint sie mir nicht nur für den praktischen Arzt sondern auch für den Theoretiker von Interesse, da wir noch lange nicht alle physiologischen Eigenschaften des Blutes kennen.

Es wurden in die Station mehrere Patientinnen mit zahlreichen Ulcera mollia am Introitus vaginae aufgenommen, die am folgenden Tage die Menses bekamen. Nun besteht aber in der obengenannten Abteilung von Alters her der Usus, dass man während der Menses die Patientinnen nicht verbindet, sondern die Geschwüre sich selbst überlässt. Ich muss gestehen, dass ich mit einem gewissen Gefühl der Unruhe auf dieses Verfahren sah und erwartete, die Geschwüre nach Aufhören der Menses in einem recht schlechten Zustande zu finden. Um so grösser war meine Ueberraschung, als die betreffenden Patientinnen, nachdem die Menses beendet, auf den Untersuchungstisch kamen und ich statt der erwarteten Verschlimmerung der Ulcera—vollkommen gereinigte, gut granulierende Wundflächen vor mir sah.

Es wurde nun systematisch auf den Einfluss der Menses bei den Patientinnen mit Ulcera mollia geachtet und stets dieselbe Tatsache konstatiert.

Alle diejenigen Ulcera die von dem Menstrualblut bespült wurden, reinigten sich unter dem Einfluss desselben, während die gleichzeitig an der Umgebung der Genitalien vorhandenen Ulcera, die von dem Menstrualblut nicht berührt worden. unverändert ihren Belag und Eiterung beibehalten hatten.

Es konnte also fraglos festgestellt werden, dass das Menstrualblut eine deutliche antiseptische Wirkung ausgeübt hatte.

In der modernen Literatur habe ich, wie gesagt, nichts über diese Tatsache finden können, wohl aber eine Notiz, dass nach Plinius die alten Aegypter ausser Blutbädern gegen Lepra auch vielfach die Abwaschungen mit Blut als ein gutes Mittel gegen verschiedene Hautkrankheiten angewandt haben (wohl vorherrschend ulcerierte Formen). Es lässt sich wohl auch ganz gut denken, dass ulcerierte Lepraknoten durch Blut sich reinigen können. Freilich erstrecken sich unsere Beobachtungen nur auf Menstrualblut, doch lässt sich kaum annehmen, dass dieses anders wirke als das übrige Blut.

Eine Erklärung, wie das Blut in diesen Fällen gewirkt hat, giebt uns die schon vor vielen Jahren von Landois (Die Transfusion des Blutes. Leipzig. 1875) vertretene Anschauung, dass jede Art ihr eigenes Blut hat und dieses von fremden Bestandteilen unter allen Umständen rein zu erhalten bestrebt ist. Diese Ansicht ist in neuester Zeit von Buchner besonders gefördert worden, der in allen Zellen des Körpers aufbauende (assimilierende) und abbauende (desassimilierende) Stoffe annimmt. Die desassimilierenden sollen von den Zellen als lösende und verdauende Stoffe (Enzyme) an das Blutserum abgegeben werden und dieses dadurch dieselben Eigenschaften erhalten. Somit hätten wir es also mit einer spezifischen Wirkung des Blutes zu tun, welches durch die alles fremdartige auflösende Wirkung des Blutserums auch die Bakterien mitauflöst und ebenso vernichtet, wie den Detritus des Geschwürsbodens.

Vorläufig lässt sich diese Beobachtung noch nicht praktisch verwerten, doch ist es nicht unmöglich, dass wir mit der Zeit auch ein Serum zur Behandlung infizierter Wundflächen erhalten können. Jeden falls aber braucht man sich keine Sorgen zu machen, wenn Frauen während der Menses ohne lokalen Wundverband bleiben.

Die Krankheiten des behaarten Kopfes.

Von

Dr. med. W. Schiele.

Von manchen Forschern wird das menschliche Haupthaar als ein atavistisches Ueberbleibsel aus vergangenen Entwicklungsepochen angesehen und der Kampf gegen die mehr und mehr zunehmende Haarlosigkeit als widersinnig und zwecklos verworfen. Andere machen soziale Verhältnisse, hereditäre Einflüsse und ähnliches für die Entwicklung der vorzeitigen Alopecie verantwortlich und meinen, dass sich wohl kaum etwas, oder nur auf sozialem Gebiete, dagegen tun lasse. Eine dritte Meinung schliesslich geht dahin, dass zwar hereditäre und soziale Einflüsse eine gewisse Rolle spielen, dass der Hauptgrund des Haarschwundes aber in allgemeinen, den Organismus schwächenden Krankheiten, besonders jedoch in lokalen Leiden des behaarten Kopfes zu sehen sei. Diese letzte Ansicht gewinnt an Boden und manche neuentdeckte Tatsachen sprechen für sie. Ohne das Für oder Wider genauer zu erörtern und näher auf die einzelnen Meinungen einzugehen, möchte ich nur kurz meiner Ueberzeugung Ausdruck geben, dass der Haarschwund in der Tat in den meisten Fällen Folge einer Erkrankung des Haarbodens ist. Diese werden leider noch zu wenig beachtet und ihre Behandlung daher garnicht oder ungenügend und zu spät in Angrift genommen. Die tägliche Erfahrung zeigt uns aber immer wieder von Neuem, wie schädlich länger dauernde Krankheiten des behaarten Kopfes auf den Haarwuchs wirken und dass das Haar infolge derselben dauernd schwinden kann. Eine der wichtigsten Bedingungen, um den Haarwuchs ungeschmälert zu erhalten, ist daher die, alle Krankheiten und Affektionen der Kopfhaut möglichst frühzeitig und bis zu völliger Heilung zu behandeln.

Wenn nun zwar auch die Krankheiten des behaarten Kopfes im Ganzen die gleichen sind, die wir auf der Haut anderer Körperregionen finden, so bieten sie doch infolge der Gegenwart der Haare und spezieller Eigenschaften der Kopfhaut in Aussehen und Verlauf Eigentümlichkeiten, die der Diagnose und Therapie besondere Schwierigkeiten bereiten. Es war meine Absicht durch eine übersichtliche Zusammenstellung und Hervorheben charakteristischer Merkmale der wichtigsten Krankheiten der Kopfhaut und kurze Hinweis auf bewährte Behandlungsmethoden und Medikamente diesen Schwierigkeiten nach Möglichkeit zu begegnen und eine leichtere Orientierung auf dem noch dunklen Gebiete zu ermöglichen. Es wird vielleicht mancher Kollege dadurch angeregt werden, den Krankheiten der Kopthaut eine grössere Aufmerksamkeit zu widmen und bei Zeiten die Bekämpfung auch scheinbar geringfügiger Leiden in die Hand zu nehmen, die eine Alopecie zur Folge haben könnten.

Aber ist der Gegenstand der Mühe wert? könnte man vielleicht einwerfen. Doch wohl, ohne Frage, denn das Publikum ist durchaus nicht geneigt die Haarlosigkeit als ein Zukunftsideal aufzufassen, mit dem es sich philosophisch abzufinden gilt, sondern fordert von den Aerzten energisch Beistand und Hülfe dagegen, und bekanntlich werden die kleinen Leiden, besonders die als Entstellung empfundenen, von den Patienten oft schwerer ertragen, als grosse.

Aus praktischen Gründen bin ich der Einteilung gefolgt, die Dr. M. Joseph in seinem bekannten Lehrbuch gewählt hat, obwohl sie in manchen Beziehungen anfechtbar ist. Es giebt leider noch keine allgemein anerkannte Systematik der Hautkrankheiten.

I. Entzündliche Dermatosen.

1. Das Ekzema capillitii.

Die Kopfhaut ist anfangs stark gerötet und geschwollen, dicht besetzt mit kleinen grieskornähnlichen Erhebungen, die sich bald zu Bläschen ausbilden, platzen und dann zu Krusten eintrocknen. Meist beginnt das Kopfekzem als Gesichtsekzem; bisweilen setzt es mit einem Schüttelfrost ein, was leicht zu Verwechselungen mit Erysipel führen kann. Bei stärkerer Entwicklung ist die Haut mit dicken Krusten besetzt, die Haare verfilzt. Das akute Ekzem geht häufig in ein chronisches über und ist der Haarboden dann mit kleienförmigen Epidermisschuppen und mehr oder weniger dicken Krusten bedeckt, unter denen die Haut rot und oft nässend zum Vorschein kommt (Ekzema impetiginosum). Lockerung und Ausfallen der Haare ist die regelmässige Folge eines lange bestehenden Kopfekzemes. Bei mangelnder Pflege und Behandlung kann es bei Frauen schliesslich zum sog. Weichselzopf kommen (Plica polonica).

Die Ursache eines Kopfekzems sind sehr häufig Läuse, daher ist bei Ekzem immer auf solche resp. die Nissen, zu fahnden. Therapie: Beseitigung der Kopfläuse resp. Nissen durch Waschungen mit Petroleum, Sublimat, Sublimatessig (löst die Substanz der Nissen). Gegen das Ekzem selbst im nässenden akuten Stadium kalte Douchen, Umschläge mit Bleiwasser oder essigsaurer Tonerde; Puder. Im Stadium crustosum und squamosum erst Abweichen der Krusten durch Oelkompressen, dann Auftragen, am besten vermittest Pinsel, milder Blei- und Zinksalben resp. der ausgezeichneten Lassarschen Zinn- oder-Schwefelsalbe. Vor dem Auftragen der Salbe empfiehlt es sich häufig die Kopfhaut vorsichtig mit Spiritus oder Benzin zu reinigen.

2. Impetigo contagiosa (Tilbury Fox).

Die J. c. ist ein spezifisches übertragbares Hautleiden, das sich durch oberflächliche kleine Pusteln charakterisiert, die häufig in Gruppen inmitten gesunder Haut auftreten. Nach einigen Tagen platzen die Blasen, der Inhalt trocknet zu honiggelben Krusten ein, die wie auf die Haut aufgeklebt erscheinen. Heilung in kurzer Zeit ohne Narbenbildung. Meist keine Eruptionszone um die Pusteln herum. Bisweilen im Beginn leichte Allgemeinerscheinungen wie Fieber, Kopfschmerzen, Magenstörungen. Lokal leichtes Brennen und Jucken. Prädilektionsstellen: Gesicht, Kopf. Therapie: Indifferente Umschläge, Salben.

3. Impetigo simplex (Bokhardt).

Das von den Franzosen Ekthyma genannten Leiden beginnt mit roten recht stark juckenden Flecken, die blitzartig aufschiessen, sich bald in Pusteln verwandeln. Die Eruptionen sind immer umgeben von einem roten Entzündungshof, sie vergrössern sich nicht nachträglich und konfluieren nicht. Langsam trocknen die Pusteln zu braun-schwärzlichen Krusten ein. Die Abheilung erfolgt mit oberflächlicher Narbenbildung.

Unsaubere, in schlechten hygienischen Verhältnissen lebende Personen werden vorwiegend betroffen. Prädilektionsstellen sind die unteren Extremitäten, doch können die Pusteln sich auf allen Körperteilen, auch dem Kopfe, gelegentlich entwickeln. Verstreut zwischen den Impetigoefflorescenzen treten nicht selten Furunkel auf, was auf einen engen Zusammenhang hinweist. In der Tat werden beide durch Strepto- und Staphylokokken (pyog. aur. und alb.) hervorgerufen und beim Eindringen in die Tiefe kann eine Impetigopustel zu einem Furunkel auswachsen.

Therapie: Desinfizierende Umschläge und Kompressen; Bor-, Carbol-, Calomel-, weisse Praezipitatsalbe, Ichtyolsalbe od. Paste; Aufkleben von gr. Quecksilberpflaster.

4. Die Psoriasis vulgaris.

Die Psoriasis beginnt entweder mit dem Auftreten vieler über den ganzen Körper zerstreuter kleiner Punkte oder das Uebel bleibt bloss Anfangs oder während des ganzen Verlaufes an einzelnen Körperstellen lokalisiert. Die häufigsten Lokalisationen finden sich an den Ellenbogen und Knieen, wo die Psoriasis manchmal sich nur auf die Bildung einzelner scheibenförmiger oder cirkumscripter Efflorescenzen beschränkt. Nächst diesen Stellen ist oft der behaarte Kopf betroffen, die Efflorescenzen überragen hier meist ein wenig die Haargrenze und erstrecken sich auf Stirn, Ohren und den Nacken, so dass dadurch manchmal ein die behaarten Stellen umgehender weisser oder roter Kranz gebildet wird (Hebra). Nach langem Bestande auf dem Kopf kann Haarausfall erfolgen.

Differenzialdiagnostisch können das Ekzema capillitii, Favus, Herpes tonsurans, Lupus erythematosus, Seborrhoea cap. (Ekzema seborrh.) in Betracht kommen. Zu achten auf die Blutung nach Abkratzen der Schuppen bei der Psoriasis.

Therapie: sehr gute Dienste leistet die weisse Praecipitatsalbe (10%), ferner 10% Gallanolsalbe,

Gallanol oder Chrysarobin — Traumaticin; vor dem Gebrauch der Medikamente sind die Schuppen durch Seifenwaschungen zu entfernen. Innerlich Arsen, Carbol. Eventuell Hydrotherapie, Lichtbehandlung (Roentgen).

5. Pityriasis rubra universalis.

Sehr seltenes chronisches Hautleiden, das durch diffuse Rötung und Schuppung ohne Knötchen, Blasen- oder Pustelbildung charakterisiert ist. Meist universell. Nach jahrelangem Bestehen ausgedehnte Atrophie und Verdünnung der Haut und der Nägel und Ausfallen der Körper- und Kopfhaare. Schliesslich tritt Marasmus und Tod ein, meist an Tuberkulose.

6. Lichen

a) Lichen ruber planus.

Bei diesem entstehen durchweg platte nicht schuppende, von vorne herein zu Gruppierungen und Plaquebildung neigende Knötchen von eigentümlich wachsartigem Glanze und gedelltem Ansehen. Die Knötchen sind hirsekorn- bis stecknadelkopfgross und selbst viel kleiner, kaum nadelstichgross, die entwickelten grösseren braun- oder blassrot oder ganz blass, mit einem haarfeinen roten Saum an der Basis, von wachsartigem Glanz rundlich oder polygonal, sehr derb (Kaposi). Viele Knötchen zeigen im Centrum eine kleine deutliche Delle. Die Lichenpapeln können isoliert sein (L. p. discretus) oder in geometrischen Figuren angeordnet (L. p. annulatus, marginatus, circinatus, striatus, moniliformis) oder diffus (l. p. diffusus). Meist besteht Jucken, bisweilen sehr starkes (L. p. pruriginosus). Die häufigste Lokalisation ist auf den Beugen der Unterarme, doch können alle Körperregionen, besonders auch der behaarte Kopf und selbst die Schleimhäute (Mund, Uretra) befallen werden.

Da die Haarfollikel und ihre nächste Umgebung vorwiegend den Sitz der Erkrankung bilden, leiden die Haare bei Sitz auf dem Kopfe bedeutend.

6) Lichen ruber acuminatus (Pityriasis rubra pilaris Devergie).

Charakterisiert durch konisch zugespitzte hirsebis hanfkorngrosse gerötete mit fest haftenden Schüppchen bedeckte Knötchen, die anfangs isoliert stehen, später diffuse mit Schuppen bedeckte reibeisenartige Flächen darstellen. Beginn bisweilen mit einem Erythem. Die Kopfhaut kann in schweren Fällen mit dünnen Schuppen, manchmal in dicker Schicht wie mit einer Kuppe bedeckt sein, bei deren Loslösung die Haare in ganzen Büscheln mitgehen. Therapie des Lichen planus und acuminatus ist die gleiche: Aeusserlich Carbol od. Salicylspiritus, Theer, Carbol und Sublimatsalben; innerlich Arsen. Ausserdem Hydrotherapie (Douchen).

7. Dermatitis papillaris capillitii (Kaposi).

Es entstehen im Nacken und den angrenzenden Partien des Kopfes isolierte stecknadelkopfgrosse, später dicht gedrängte blassrote Knötchen, welche zu narbenähnlichen Plaques verschmelzen, auf denen die Haare büschelförmig zusammengedrängt erscheinen. Die Haare lassen sich schwer ausziehen, reissen beim Versuch ab, sind geschlängelt und atrophisch. Hier und da kommt eine kleine Pustel vor. Im Bereich des behaarten Hinterhauptes bilden sich allmählich 2—3 cm. hohe papillenartige, stinkendes Secret liefernde mit Borken bedeckte leicht blutende Vegetationen, welche bisweilen durch interkurierende Abszessbildung zum Teil zerfallen und unterwühlt werden. Die Vegetationen schrumpfen im Laufe der Jahre, wobei sie an einigen Stellen sich in atrophisches Bindegewebe umwandeln unter Atrophie der Haarfollikel und Kahlheit, während an anderen Stellen die Haare in Büscheln zusammengedrängt bestehen bleiben.

Charakteristisch ist, dass die Haare nicht, wie bei der Sykosis barbae, in Pusteln stecken, sondern fest im Gewebe der Knoten. Subjektive Beschwerden fehlen oder sind ganz unbedeutend. Die franz. Autoren fassen d. Leiden als eine indurierte Akne auf.

Therapie: Mercurialpflaster; Abtragung der einzelnen Geschwülste mit Messer oder Scheere; Elektrolyse; Radiotherapie.

8. Seborrhoea capitis (Steatorrhoe, Flux. sebaceus).

Die Seborrhoe ist die häufigste Ursache des Haarschwundes bei beiden Geschlechtern. Sie besteht in einer Hypersekretion der Talgdrüsen der Haut, besonders im Gesicht und auf dem behaarten Kopfe.

Man kann folgende 3 Formen unterscheiden:

1) Seb. sicca oder squamosa seu furfuracea
2) Seborrh. oleosa
3) Ekzema seborrhoicum.

Bei der Seborrhoea sicca ist das Ausscheidungsprodukt der Talgdrüsen, vermischt mit Epithelien, der Haut aufgelagert als fettige, aber zugleich mehr trockene, brüchige Schüppchen. Bei der Seb. oleosa bildet die Ausscheidung einen öligen, glänzenden, schmutzigen Ueberzug auf der Haut. Beide Formen können gesondert oder vereint bei ein und demselben Individuum vorkommen und zwar universell oder lokalisiert. Die Seborrh. oleosa tritt häufig in späteren Stadien zu einer trockenen Seborrhoe hinzu. Beide Formen finden sich nicht selten vergesellschaftet mit Komedonenbildung, Akne vulgaris und rosacea. Der häufigste Sitz einer isolierten Seborrhoe ist der Kopf, wo sie schon im Kindesalter nicht selten sich findet als sog. Gneis, einer gelbbraunen käsig-brüchigen, fettigen, bisweilen trocknen und harten, blättrigen Masse, welche in dünner bis mächtig dicker unregelmässig höckeriger Schicht dem Haarboden aufgelagert erscheint. Die durch die Fettmassen zurückgehaltenen Hautsekrete mazerieren die Haut und lockern die Haare. Der Gneis ist als Ueberbleibsel und Fortsetzung der Vernix caseosa anzusehen.

Beim Adolescens und Erwachsenen erscheint die Seborrhoe am häufigsten als Auflagerung kleiner glänzender, weisser oder grauer feiner Schüppchen, die sich trocken oder ein wenig fettig anfühlen, sich selbst abstossen oder leicht zu entfernen sind (Schelfer). Subjektiv besteht mehr oder weniger intensives Jucken. Der Haarboden erscheint nicht krank, doch stellt sich als Folge nach längerem Bestande der Seborrhoe zuerst eine Schwächung der Haare ein, die sich in Kürzerwerden derselben und kürzerer Lebensdauer der Haare äusserst, sie fallen aus, die ausgefallenen werden durch immer kürzere und dünnere ersetzt, der Haarausfall wird stärker und stärker, der Scheitel lichtet sich mehr und mehr und zum Schluss tritt dauernde Alopecie ein (Alopecia furfuracea oder pityrodes).

Das Ekzema seborrhoicum beginnt, nach Unna, gleichfalls mit Schuppenbildung als pityriasisartiges desquamierendes Erythem und kann längere Zeit

in diesem Stadium verharren. Später entwickelt es sich zu einem nässenden oder squamös-krustösen Ekzem, wobei es in letzterer Form auf dem Kopfe der Psoriasis stark ähneln kann. (Unna unterscheidet eine schuppende, borkige, nässende Form). Vom gewöhnlichen Ekzem unterscheidet sich das seborrhoische dadurch, dass es kein vesikuläres Stadium aufzuweisen hat, Vesikeln bilden sich bei ihm nur unter dem Einfluss starker äusserer Reize. Ausser auf dem Kopf findet sich das seborrhoische Ekzem nicht selten auf der Brust und dem Rücken, am Sternum und zwischen den Schulternblättern, in der borkigen Form, seltener an anderen Körperpartien.

Therapie: bei allen Formen der Seborrhoe hat sich als gutes Mittel der Schwefel bewährt, den man als alkoholische Schüttelmixtur oder in Salbenform im Verein mit Salicylsäure, Resorcin, Perubalsam u. d. anwendet. In leichteren Fällen Alkalien, Captol, Ichthyol, Chloralhydrat.

Beim seborrhoischen Ekzem leisten gute Dienste 1—2 pCt. Resorcin-Alkoholwaschungen oder Schwefelsalben.

9. Akne vulgaris seu simplex.

Die Akneefflorescenzen können unter der Form von Papeln, Pusteln oder Knötchen erscheinen und sind eine Folge einer Entzündung der Talg-Haarbalgdrüsen und kommen überall vor, wo sich Talgdrüsen finden. Sie treten häufig in den Entwicklungsjahren auf. Am Kopfe und im Gesicht ist die Akne ein sehr häufiges Leiden, besonders bei Seborrhoischen und im Verein mit Komedonen.

Da die Aknepustel mit Narbenbildung heilt, so wird der Haarbalg an der Stelle atrophisiert und das Haar fällt aus.

Therapie: innerlich — Schwefel, Ichthyol, Arsen, Karlsbader und andere Mineralwasser, äusserlich — Ichthyol-, Schwefel- u. Resorcinsalben.

10. Akne rosacea.

Bei der Akne rosacea finden sich intensive Röte der Haut infolge Erweiterung und Neubildung von Hautgefässen und eine kleienförmige Schuppung. Der Sitz ist meist die Nase und die Wangen, doch ist die A. r. bei Alopecischen auch auf den haarlosen Stellen beobachtet worden.

Therapie: innerlich dieselbe wie bei 9, äusserlich Schälpasten resp. Salben mit Schwefel. Ichthyol, Resorcin, β-Naphtol; ferner lineare Scarifikationen, Kauterisation, Faradisation, Elektrolyse, hochgespannte Wechselströme, Röntgentherapie.

11. Akne varioliformis (necrotica).

Sie findet sich vorwiegend auf der Stirn an der Haargrenze, doch auch an anderen Stellen des Gesichtes und dem behaarten Kopfe, sehr selten auf dem übrigen Körper. Es treten zuerst linsen- bis hanfkorngrosse Papeln auf, aus denen sich bald Eiterpustelchen entwickeln, die bald platzen und zu kleinen Borken eintrocknen. Die Borken und ebenso die nach der Heilung nachbleibenden Narben liegen in charakteristischer Weise tiefer als die umgebende Haut, da der Prozess ziemlich weit in die Cutis hineinragt. Die A. v. ist, auch bei uns recht häufig, nach Joseph 2 pCt. aller Dermatosen.

Therapie: innerlich Arsen, äusserlich weisse Präcipitatsalbe, Resorcinschwefelsalben, Betupfen mit Sublimatlösungen.

12. Verbrennungen und Erfrierungen.

Sie bieten auf dem behaarten Kopfe nichts Charakteristisches.

13. Furunkel und Karbunkel.

Follikularfurunkel entwickeln sich nicht selten, besonders bei Kindern, auf dem behaarten Kopfe. Eine Prädilektionsstelle für Follikular- und Zellgewebefurunkel ist die Haargrenze im Nacken, wo sie recht häufig selbst zu Karbunkeln auswachsen. Da die Furunkeln mit Narbenbildung heilen, hinterlassen sie je nach ihrem Umfange grössere oder kleinere kahle Stellen.

Therapie: innerlich—Arsen, Jodkali, Hefe (Zymin od. Ferm. cerevisiae) äusserlich—Quecksilber-, Ichthyolsalben resp. Pasten, Jodtinktur, Finsenlicht, Incision.

14. Erysipelas.

Das häufige Gesichtserysipel geht leicht auf den behaarten Kopf über, wo es sich durch starke Schmerzhaftigkeit auszeichnet und ist gefährlich wegen Uebergreifens auf die Meningen. Das Kopferysipel ist von starkem, bisweilen totalem Haarausfall gefolgt, doch ersetzen sich die Haare im Allgemeinen ohne bleibende Schädigung.

Therapie: Ichthyolsalben, Serumbehandlung.

II. Zirkulationsstörungen der Haut.

Ueber die Erytheme, Folgen der Zirkulationsstörungen der Haut, auf dem behaarten Kopf, ist nichts Besonderes zu bemerken.

III. Progressive Ernährungsstörungen.

1. Ichthyosis.

Bei der Ichthyosis capillitii ist die Haut rauh und trocken, bei stärkeren Graden des Leidens findet sich auf Kopf und Gesicht eine kleienförmige Abschuppung. Die Haare sind trocken, das Haarwachstum leidet nach längerem Bestehen der Krankheit beträchtlich und die Haare sind selten, über den ganzen Kopf undicht verstreut.

Therapie: innerlich Lebertran, Arsen, äusserlich Salicyl-, Napthol-, Ichthyolsalben, Bäder, Waschungen.

2. Akanthom.

Die A. sind Papillome, deren Typus die sog. spitzen Kondylome. Sie kommen recht häufig auf dem behaarten Kopfe vor.

Therapie: Abtragung mit Scheere oder scharfem Löffel.

3. Adenom.

Von Adenomen kommt auf dem behaarten Kopf das Aden. sebaceum nicht selten vor. Es sind hemisphärisch oder leicht zugespitzte Tumoren von Stecknadelkopf bis Erbsen und selbst Taubeneigrösse, symmetrischer Anordnung, harter Konsistenz und gelb bis gelbrötlicher Farbe; sie sind angeboren und bilden sich allmählich mit Hinterlassung einer Narbe von selbst zurück.

4. Angiome.

Von den Naevis vascularis und den Lymphangiomen des behaarten Kopfes gilt das Gleiche, wie von denen anderer Körperregionen. Eine Prädilektionsstelle stellt aber der Kopf für die Endotheliome (von

den Endothelien der Blut- oder Lymphgefässe ausgehende Angiome), dar, die sehr zahlreich sein können, wobei der Kopf wie mit Tomaten besät aussieht.

5. Andere Geschwülste.

Die übrigen gutartigen und bösartigen Geschwülste, wie das Cornu cutaneum, Verruca, Naevus, Fibrom, Keloid, Myom, Atherom, Lipom, Molluscum contagiosum, schliesslich Sarkom und Karzinom bieten in ihrem Auftreten auf dem behaarten Kopfe nichts Bemerkenswertes und Charakteristisches.

IV. Regressive Ernährungsstörungen.

1. Atrophia cutis.

Man hat zu unterscheiden eine:

a) circumscripte; kleine blasse eingesunkene Flecke oder Streifen; sie entstehen bisweilen infolge von Nervenverletzungen.

b) Atrophia senilis, die Haut des ganzen Körpers ist verdünnt, runzelig, abschilfernd.

2. Atrophie der Haare.

Sie kann angeboren sein und sich auf einzelne Stellen beschränken oder universell. Bei der universellen wachsen die Haare später bisweilen nach. Eine Alopecia ist meist seborrhoischen Ursprungs. Die Alopecia senilis — wird von vielen Autoren für eine quasi normale Altersatrophie angesehen, die praesenile ist wohl in den meisten Fällen als Folge lokaler Kopfleiden (Seborrhoe) aufzufassen. Als Alopecia symptomatica bezeichnet man den Haarschwund nach einer Reihe von Allgemeinleiden und Kopfkrankheiten, wie Typhus abdominalis, Variola, Lues, Lepra, Erysipel, Ekzem, Lupus erythematosus, Roentgenbestrahlung etc.

3. Erkrankungen des Haarschaftes.

Unter Trichorrhexis nodosa versteht man die Bildung kleiner grauer Pünktchen im Haarschaft, an denen die Haare leicht abbrechen; bei mikroskopischer Betrachtung sieht man eine besenförmige Auffaserung. Die Spaltung und Faserung einzelner Haare an ihrem Ende bezeichnet man als Trichoptylis. Die Behandlung beider Affektionen besteht in Einfettung der Haare. Eine seltene Erscheinung sind die Spindelhaare, Pili moniliformes, deren Schaft zahlreiche Auftreibungen und abwechselnd weisse und dunkle Stellen zeigt. Die Kopfhaut ist rauh und ist nicht selten mit dichten weichen Schuppchen bedeckt. Die Ursache der Auftreibung und Weissfärbung ist das Eindringen von Luft in den Markraum, ebenso wie bei den sog. Ringelhaaren, Pili annulati. Eine sehr seltene Erkrankung ist die Piedra oder Trichomycosis nodularis, bei der der Haarschaft mit kleinen weissen harten Knötchen besetzt ist, die durch Pilzauflagerungen entstehen.

Therapie dieser Krankheiten: Abschneiden der betroffenen Haare.

4. Pigmentatrophien.

a) Atrophie des Hautpigmentes. Es giebt eine angeborene — Albinismus, die partiell und universell sein kann, und eine erworbene — Vitiligo. An den affizierten Stellen sind die Haare häufig gleichfalls pigmentlos.

b) Atrophie des Haarpigments. Sie findet sich bei der Canities, dem Ergrauen der Haare, das bisweilen vorzeitig und strichweise auftreten kann. Die Heredität, Gemütsbewegungen etc. spielen eine grosse Rolle. Die Papille verliert im Alter die Fähigkeit zur Pigmentproduktion und die Zellen des Haares die sich mit Pigment zu imbibieren. Von manchen Forschern wird daneben eine Luftinfiltration in den Markraum des Haarschaftes angenommen.

Therapie: Färbung.

5. Lupus erythematosus.

Aus stecknadelkopf- bis erbsengrossen roten Papeln bilden sich im Verlauf von Jahren Scheiben mit einem etwas erhabenen Rande und bedeckt von einer festen Kruste oder Schuppe. Bei gewaltsamem Abheben dieser sieht man einen tief geröteten Untergrund und stark erweiterte Talgdrüsenöffnungen, in die die Schuppen mit Zapfen hereinragen. Die Scheiben werden zu an der Peripherie immer weiter und weiter fortschreitenden Flächen. Vom Zentrum aus beginnt eine Heilung in Form einer Hautatrophie. Am Rande des Erkrankungsherdes meist zahlreiche Komedonen

Lieblingssitz des Leidens die Nase (Schmetterlingsform), ferner ist es nicht selten auf dem behaarten Kopf zu finden in Form isolierter Scheiben. An den atrophischen Stellen fehlen die Haare.

Therapie: Aetzungen mit Kalium causticum, Arsen, Milchsäure, Heissluftkauterisation, Pacquelinanwendung. In neuester Zeit empfohlen innerlich Chinin, zu gleicher Zeit äusserlich Jodtinktur.

6. Skleroderma.

Es giebt eine universelle und eine lokalisierte Form (Morphaea). Bei letzterer finden sich auf dem behaarten Kopf ovale bis strichförmige oder bandartige kahle Stellen, deren Niveau unter dem der umgebenden Haut liegt.

V. Neuritische Dermatosen.

1. Herpes zooster.

Bietet auf dem Kopfe keine Abweichungen von der gewöhnlichen Form dar.

2. Alopecia areata.

Die Area Celsi kommt auf dem behaarten Kopf und am Bart vor. Sie beginnt häufig mit leichtem Jucken und Brennen und einem initialen Erythem. Die Haare werden trocken, sehen wie gepudert aus, fangen an auszufallen, es bilden sich runde oder ovale kahle Stellen. Die Haut ist scheinbar ganz normal. Nachdem der kahle Fleck durch Monate hindurch gewachsen ist, beginnt von der Peripherie aus Neubehaarung. In seltenen Fällen erfolgt völlige Alopecie des ganzen Kopfes

Therapie: Sublimatspiritus, Resorcin-, Chrysarobinsalben, Sichtbehandlung (Finsenlicht).

3. Alopecia neuritica.

Sie kann eintreten im Auschluss an Neuralgieen, Nervenverletzungen, Traumen des Centralnervensystems und erstreckt sich auf das Gebiet des affizierten Nerven. Der Haarverlust ist unregelmässig oder bandartig.

VI. Sekretionsstörungen der Schweissdrüsen.

a) Hyperidrosis Sie ist auf dem behaarten Kopf sehr häufig, besonders bei Alopecia furfuracea (Seborrhoe).

Therapie: kalte Douchen, spirituöse Waschungen, Puder.

b) Anidrosis — nicht seltene Begleiterscheinung verschiedener Krankheiten wie Ichthyosis, Psoriasis etc.

VII. Parasitäre Dermatosen.

1. Skabies.

Die Acarus scabiei siedelt sich auf dem behaarten Kopf nie oder fast nie an.

2. Pediculi.

Die Kopfläuse sind ein sehr häufiger Befund, bei allen Ekzemen des Kopfes ist nach ihnen zu suchen.

VIII. Dermatomykosen.

1. Favus capillitii.

Der Sitz des Achorion Schönleini ist vorwiegend der behaarte Kopf, selten andere Körperteile. Zunächst bilden sich subepidermoidal gelegene von einem Haar durchbohrte punktförmige gelbe Gebilde, die bald zu den typischen Scutulis heranwachsen. Beim Abheben derselben erscheint ein feuchtglänzender napfartig vertiefter leicht blutender Substanzverlust. Die Haare sind grau, glanzlos, sehen wie bestäubt aus, lassen sich leicht ausziehen. Geruch nach Mäusen. Durch Eindringen des Pilzes in Haarfollikel und Schaft kommt es zu einer Schwellung und Entzündung, die eine Atrophie der Papille bewirkt und das Haar zum Absterben bringt und bleibende Kahlheit verursacht mit Hinterlassung kleiner atrophischer Narben. Therapie: erst mit den Röntgenstrahlen scheint ein erfolgreiches Mittel gefunden zu sein.

2. Herpes tonsurans capillitii.

Bei der Trichophytie in ausgebildetem Zustande finden sich scheibenförmige bis rubelgrosse kahle Stellen, welche mit kurzen Haarstümpfen und weissen Schuppen bedeckt sind. Im Anfange erscheint die Haut gerötet und geschwellt, bedeckt mit kleinen im Kreise angeordneten Bläschen, die bald platzen und zu Borken eintrocknen. Die Haare sind glanzlos, wie mit Mehl bestäubt, kurz abgebrochen, an den Bruchstellen pinselförmig gespalten; leicht ausziehbar. Bisweilen erkrankt die ganze Kopfhaut in diffuser Form, wobei der Haarboden mit trocknen weisslichen kleienförmigen Schuppen bedeckt ist und die Haare kurz abgebrochen sind, umgeben von einer weissen Scheide. Bald erfolgt starker Haarausfall. — Das Leiden tritt meist bei Kindern auf, ist sehr hartnäckig, doch wachsen die Haare nach der Heilung wieder.

Therapie: Epilation erleichtert die Behandlung, die in Waschungen und Applikation von Pyragallol-, Chrysarobin- und Theerschwefelsalben besteht. Kommt es zur Bildung eitriger Knoten in der Haut (Kerion Celsi), so empfiehlt sich Kataphorese mit Sublimatlösungen und Röntgentherapie.

3. Pityriasis versicolor.

Das Mikrosporon Purpur ruft oberflächliche etwas schuppende gelblich braune Flecke von verschiedener Ausdehnung auf der Haut hervor, die sich in seltenen Fällen auch auf dem behaarten oder von Haaren entblössten Kopf finden können. Therapie: Sapo viridis, Jodtinctur, Naphtolsalben.

IX. Chronische Infektionskrankheiten.

1. Tuberkulose.

Die tuberkulösen Hautkrankheiten, besonders Lupus vulgaris, greifen nicht selten vom Gesicht, Hals etc. auf den behaarten Kopf über, primär finden sie sich hier aber **höchst** selten. Dasselbe gilt von den Hauterscheinungen in Folge von Leukämie, Pseudoleukämie und der Mycosis fungoides.

2. Lepra.

Die Kopfhaut fand Neisser in einem Falle von tuberöser Lepra merkwürdig aussehend wie bei einer Alopecia areata. Es fiel nur eine eigentümliche rote Farbe und eine gewisse Verdickung auf, welche die kahlen Stellen schwerer faltbar erscheinen liess als die Umgebung. Im Infiltrat wurden Bazillen nachgewiesen. Zum ersten Male sind hier in der Kopfhaut, welche bisher gleichsam als immun galt, Bazillen gefunden worden. Auch A. von **Bergmann** sah zwei kahlköpfige Kranke mit leprösen Infiltraten auf ihrer Glatze. Ebenso konstatierte **Morrow** bei einer Lepra anästhetica Flecke auf der Kopfhaut (**Joseph**).

3. Syphilis.

Zur Zeit des Auftretens der luetischen Allgemeinerscheinungen (Roseola, Angina), fallen nicht selten die Kopfhaare stark aus, ohne dass die Kopfhaut krankhafte Veränderungen zeigt. In manchen Fällen ist der Haarausfall ein diffuser, das Haar erscheint undicht, doch vollständige Kahlheit ist selten. In anderen Fällen tritt ein sehr chakteristischer gruppenweiser Haarausfall ein, es wechseln normale Stellen mit kahlen ab (alopécie en clairières). Zu gleicher Zeit besteht meist Kopfschmerz. Die Prognose ist bei diesen Formen günstig, mit Beginn der spezifischen Behandlung und Besserung des Allgemeinzustandes fangen die Haare an wiederzuwachsen.

Die Kopfhaut ist ferner ein häufiger Sitz luetischer Eruptionen späterer Perioden. Fast immer finden sich auch auf dem Kopfe einige Papeln, die infolge mechanischer Insulte beim Kämmen und Bürsten meist erodiert werden, was zu Borkenbildung Veranlassung giebt. Die Stelle, an der die Papel sich findet, ist meist durch Fehlen der Haare gekennzeichnet, die in der Folge jedoch sich ersetzen. Das mehr in die Tiefe greifende klein-papulöse Syphilid verursacht gruppenweise und dauernde Alopecie. Auch pustulöse Syphilide finden sich nicht selten auf dem behaarten Kopf, wobei die Pusteln in charakteristischer Weise von einem Haare durchbohrt erscheinen. Auch in diesem Falle kann bei längerer Dauer bleibender Haarverlust eintreten. Die luetischen Pusteln greifen auf dem Kopfe nicht selten bedeutend um sich, werden bis bohnen- oder zweikopekenstückgross, dringen in die Tiefe, entwickeln sich zu Geschwüren, die von dicken Krusten bedeckt sind — die sog. Ekthyma, die unter Narbenbildung und mit Hinterlassung einer kahlen Stelle ausheilt.

Weiterhin ist auch für die Hautgummata, besonders die sog. subkutanen, der behaarte Kopf ein Lieblingssitz. Sie treten meist einfach, seltener multipel auf und stellen runde oder ovale, relativ weiche Knoten dar und können nach aussen aufbrechen, wobei sie papillomartige oder himbeerförmige Geschwüre bilden (Framboesia syphilitica). Die Ge-

schwüre dringen selten bis auf den Knochen vor. Sie hinterlassen bei der Heilung eine Narbe und eine kahle Stelle.

Ein Fall von Ascites chylosus.

Von

P. Tiling.

Ergüsse milchähnlicher Flüssigkeiten in die Pleura oder ins Peritoneum sind schon öfters in der Literatur beschrieben worden, ebenso Ausscheidungen solcher durch die Harnwege; es sind sogar 2 Fälle von Ansammlungen ähnlicher Flüssigkeiten im Perikard und in der Tunica vaginalis des Hodens bekannt.

Wenn ich über einen ähnlichen Fall referiere, der im Deutschen Alexander-Hospital für Männer zur Beobachtung kam, so bin ich mir vollkommen dessen bewusst, nichts Neues zu bringen, auch keinerlei neue Gesichtspunkte bei der recht schwierigen Beurteilung dieser Erscheinungen aufzustellen. Darüber ist schon von berufener Seite sehr viel, wenn auch vielleicht nicht vollkommen erschöpfend, berichtet worden.

Der Fall betrifft einen 46-jährigen Schuhmacher aus Memel. Seinen Angaben zufolge ist derselbe bis vor 1/2 Jahr ganz gesund gewesen und erkrankte zuerst an Stichen in der linken Seite beim Atmen, die aber später vergingen. Es stellten sich darauf Appetitlosigkeit und seit 3—4 Monaten auch Schluckbeschwerden ein, Patient musste kompaktere Nahrung immer mit einem Getränk hinunterspülen, weil sie ihm sonst angeblich stecken blieb. Bisweilen litt Patient auch an sofortigem Hochkommen der Speisen und bitterem Aufstossen.

Seit ca. 5 Wochen bestehen: Auftreibung des Abdomen, Dyspnoe und grosse Mattigkeit; keinerlei Schmerzen; Patient ist stark abgemagert.

Lues wird in Abrede gestellt. Vater des Patienten ist an «Magenkrebs und Leberverhärtung» gestorben.

Stat. praes. Patient von mittlerer Grösse, stark reduziertem Ernährungszustand. Beiderseits Hydrothorax; sonst über den Lungen nur vereinzelte bronchitische Geräusche hörbar.

Herz o. B.

Leber nach oben gedrängt. Eine Milzdämpfung nicht nachweisbar. An den unteren Extremitäten leichte Oedeme. Hochgradiger Ascites

In den Fossae supraclaviculares beiderseits viele, sehr harte Drüsen palpabel, besonders links. Ebensolche harte Drüsen finden sich auch links in der Fossa axillaris.

Per Rektum im Douglas eine Härte zu fühlen.

Patient wird sondiert, wobei eine harte Sonde № 30 anstandslos die Cardia passiert. Beim Zurückziehen der Sonde entleert sich aus dem Sondenfenster ein wenig blutiger Mageninhalt, der keine freie HCl enthält (Congo). Eine weiche Sonde bleibt, beim Versuche sie in den Magen einzuführen, bei der Cardia stecken.

Harn; sp. Gew. 1028; Reaktion sauer; kein Eiweiss, kein Zucker, Indican stark vermehrt.

In den Faeces positive Blutreaktion (nach Weber).

Patient litt die ganze Zeit über an Appetitlosigkeit und nahm der Ascites während des Hospitalsaufenthaltes rapid zu. Da die Dyspnoe auch immer ärger wurde, musste Patient am 11. Tage punktiert werden.

Es entleerten sich 8000 cc. einer milchigen, opaleszierenden rötlichen Flüssigkeit (chylös oder chyliform), von alkalischer Reaktion und spez. Gewicht 10 2. Nach Zentrifugieren wird die Flüssigkeit milchweiss mit gelblichem Stich; am Boden befindet sich Blut.

Mikroskopisch erkennt man rote Blutkörperchen, mehrkernige Leukocyten, Haufen grösserer einkerniger Zellen mit bläschenförmigem Kern (Karzinom- oder Endothelzellen) in starker Verfettung. In der darüber stehenden Flüssigkeit eine grosse Menge feinster Fetttropfen suspendiert, die sich mit alkoholischem Sudan III rot färben.

Die Flüssigkeit enthält keine Gallenfarbstoffe, nach Ausfällung aller Eiweisssubstanzen durch Sulfosalicylsäure—0,1% links drehende reduzierende Substanzen. Die Flüssigkeit als solche giebt starke Reaktion mit Nyländer und Trommer, sowie starke Biuretreaktion.

N-gehalt (nach Kjehldahl) 1,1%=6,875% Alb.

Fettgehalt — 3,46%.

Album (nach Essbach) 2,4%.

Nach der Punktion fühlte sich Patient bedeutend leichter. Im Abdomen waren keine Tumoren palpabel. Der Ascites stieg wieder sehr schnell an, so dass Patient 15 Tage darauf wieder punktiert werden musste, wobei sich 11,000 cc. einer milchigen, diesmal stärker rosa gefärbten Flüssigkeit von alkalischer Reaktion und sp. Gewicht 1013 entleerten. Es ist jetzt im Epigastrium eine harte, höckrige Tumormasse palpabel.

Nach dem Centrifugieren wird der obere Teil der Flüssigkeit wieder weisslich. Im Sediment reichliche rote Blutkörperchen und zahlreiche verfettete Zellen mit grossem bläschenförmigem Kern.

Album (nach Essbach) 2,0%.

0,12 linksdrehende Substanzen.

Reduzierende Substanzen (c. Nyländer Schwarzfärbung).

Schwache Biuretreaktion. Keine Gallenfarbstoffe.

N-gehalt der centrifugierten Flüssigkeit 0,4872%.

N-gehalt der nicht centrifugierten Flüssigkeit 0,6396%.

10 Tage nach dieser Punktion starb Patient.

Die klinische Diagnose lautete: Carcinoma ventriculi, Metastasen, eventuell Kompression des Ductus thoracicus. Ascites chylosus.

Als wichtigsten Befund entnehme ich dem von Herrn Dr. Ucke verfassten Sektionsprotokolle folgendes:

In der Bauchhöhle ca. 10 Ltr. einer trüben, opalen, milchigen und namentlich in den abhängigen Teilen der Bauchhöhle etwas intensiver hämorrhagisch gefärbten Flüssigkeit Peritoneum ohne jede entzündliche Veränderung, doch treten auf der Darmserosa an sehr vielen Stellen weisslich-injicierte rosenkranzartig verdickte Stränge der mikroskopischen Untersuchung zufolge, mit Carcinom erfüllte Lymphgefässe, mehr oder weniger deutlich hervor. Das grosse Netz bindegewebig geschrumpft.

Weitere Veränderungen bietet der Magen dar, insofern als die regio pylorica des Magens—hauptsächlich im Bereiche der kleinen Kurvatur—von einem derben, bis an das Pankreas heranreichenden und gegen die Porta hepatis verzogenen und daselbst fixierten Tumor eingenommen wird, welcher 1 C. vom Pylorus entfernt, scharf absetzt.—Gegen das Mageninnere hin entspricht dem Tumor eine fast die ganze kleine Kurvatur einnehmende breite Geschwürfläche mit wallartig aufgeworfenen, auf dem Durchschnitt hirnmarkähnlich erscheinenden Rändern - das ulcerierte Karzinom des Magens.

Bei der mikroskopischen Betrachtung erwies sich der Tumor als Zylinderzellenkarzinom. Als sonstige Veränderungen sind in der anatomischen Diagnose genannt: Allgemeine Atrophie der Organe, braune Atrophie des Herzens, doppelseitiger Hydrothorax und lobuläre Pneumonie des Oberlappens der rechten Lunge.

Trotz genauesten Suchens gelang es nicht den Ductus thoracicus herauszupräparieren, oder gar eine Kontinuitätstrennung desselben nachzuweisen.

Wie wir sehen, haben wir es hier mit einem Magenkarzinom und Verbreitung desselben im Lymphsystem innerhalb der Darmserosa und einem milchähnlichen Erguss ins Peritoneum zu tun. Wie wollen wir uns zu letzterem stellen und wie uns seine Natur erklären?

Fälle von derartigen Ergüssen sind schon Ende des 17. Jahrhunderts vereinzelt beschrieben worden (Bartholetus, Willis, Manget, Poncy). Seit der Zeit sind die Publikationen immer häufiger geworden und Ende des vorigen und Anfang dieses Jahrhunderts erschienen die eingehenden Arbeiten von Quincke,[1]) Senator,[2]) Strauss,[3]) Pagenstecher,[4]) Bargebuhr[5]) u. A., von denen letzterer 2 grössere statistische Zusammenstellungen herausgegeben hat. Auch in der russischen Literatur finden wir einige Publikationen, so noch in diesem Jahr die Arbeit von Leschtschinsky[6]).

Während man nun anfangs vollkommen im Dunklen tappte bei der Beurteilung dieser Ergüsse und

[1]) Quincke Arch. f. kl. Med. 1875.
[2]) Senator Charité Annalen 1885 und 1895.
[3]) Strauss Charité Annalen 1903.
[4]) Pagenstecher D. Arch. f. kl. Med. 1902.
[5]) Bargebuhr Deutsches Archiv f. kl. Med. 1893.
[6]) Leschtschinsky Врачъ 1906.

die abenteuerlichsten Vermutungen aufstellte, brach sich allmählig doch die Ueberzeugung Bahn, dass zwischen diesen milchigen Ergüssen und dem Inhalt der Chylusgefässe ein Zusammenhang bestehen müsse. Aber erst Quincke[1]) war es vergönnt (1875) Klarheit in die Sache zu bringen. Er lehrte, dass die Flüssigkeiten nicht immer einer und derselben Natur seien, sondern verschiedenen Ursprung hätten und unterschied einen chylösen und einen chyliformen resp. adipösen Ascites, wobei es sich in ersterem Falle um eine Beimengung von Chylus zum Transsudat handelte, im andern nur um eine Beimischung fettig zerfallener Zellen.

Senator(²) (1885) arbeitete später dieses System genau aus, indem er nach den Bedingungen forschte, die das Zustandekommen solcher Ergüsse begünstigen könnten, das wären seiner Meinung nach:

I. Für den Hydrops chylosus.

a) Verletzung der Chylusgefässe durch Trauma, Geschwüre etc. oder Berstung dieser Gefässe in Folge von Stauung, hervorgerufen durch ein grob mechanisches Hindernis.

b) Die Anwesenheit von Parasiten im Blut, insbesondere von filaria sanguinis (Beobachtung v. Winkel[7]).

II. Für den Hydrops adiposus.

a) Fettiger Zufall von dem Erguss beigemengten zelligen Elementen, hauptsächlich von Endothelzellen der Serosa oder Krebszellen.

b) Eventuell auch — abnormer Fettgehalt des Blutes (Lipaemie). Späterhin (1893) teilte noch Lion[8]) aus der 2. Gruppe die Gruppe der sog. pseudochylösen Ergüsse ab, bei denen der milchähnliche Charakter nicht durch Fett, sondern durch einen besonderen Eiweisskörper bedingt wurde, dessen Natur allerdings noch nicht genügend aufgeklärt ist. Derartige Fälle sind hauptsächlich von einigen Franzosen beschrieben worden. Nach Hammarsten handelte es sich in einem solchen Falle um Mucoide nach anderen um Mucoide + Nuclein nach dritten um Xanthin.

Es wird also zwischen einem chylösen, chyliformen oder auch noch pseudochylösen Ascites unterschieden. Letzterer ist nicht schwer zu erkennen, resp. auszuschliessen, denn[9])

1) finden sich bei chylösen und chyliformen Ergüssen im mikroskopischen Bilde immer feine Fetttröpfchen, im anderen nicht oder nur sehr wenige.

2) bilden sich bei ersteren Ergüssen beim Stehen immer 2 Schichten, die aus einer oberen rahmartigen und einer unteren, mehr durchsichtigen bestehen.

Die pseudochylösen Ergüsse hingegen verändern sich beim Stehen nicht.

3) werden chylöse und chyliforme Ergüsse nach Zusatz von Kalilauge und Schütteln mit Aether klar, die anderen nicht.

4) färben sich die chylösen und chyliformen Ergüsse mit Osmiumsäure schwarz, die pseudochylösen nicht.

So leicht die Unterscheidung ist zwischen einem chylösen und chyliformen Transsudate einerseits und einem pseudochylösen andererseits, so schwierig wird die Frage einer scharfen Sichtung zwischen einer chylösen und chyliformen Flüssigkeit. Am ehesten liess sich die Lösung von Seiten der pathologischen Anatomie erwarten, welche, falls unsere Voraussetzungen richtig sind, bei Fällen eines chylösen Ascites Veränderungen — Kontinuitätstrennung oder Stauungen im Ductus thoracicus oder in den gröberen Chylusgefässen, in einem Falle von chyliformem Ascites Alteration des Peritoneums mit reichlicher Abstossung verfetteter Zellen ergeben müsste. Jedoch lässt uns leider gerade die pathologische Anatomie bei dieser Frage vollkommen im Stich, insofern als es bisher noch in keinem Falle von echtem Ascites chylosus gelungen ist die erwähnten Veränderungen anatomisch nachzuweisen, nicht einmal in dem bekannten Falle Quinckes, bei welchem der chylöse Ascites unmittelbar im Anschluss an Ueberfahrenwerden eintrat, mithin unbedingt eine traumatische Laesion des Ductus thoracicus vorausgesetzt werden musste. Hinsichtlich dieser negativen Seite des anatomischen Befundes unterscheidet sich auch unser Fall durchaus nicht von den übrigen in der Literatur niedergelegten Kasuistik. Da auch die pathologische Anatomie keine Antwort auf unsere Frage gab, so suchte man derselben auf einem anderen Wege näher zu treten und wandte sich der Chemie und Mikroskopie zu in der Erwartung, dass Unterschiede bestehen müssten, je nach der Provenienz der dem Transsudate beigemengten Elemente.

Man erwartete bei chylösen Transsudaten, dass sich die Zusammensetzung der Flüssigkeit derjenigen des Chylus nähern musste. Jedoch treten auch einer solchen Annahme recht bedeutende Hindernisse in den Weg, die namentlich in dem Umstande begründet sind, dass die chemische quantitative Beschaffenheit des Chylus je nach der Qualität der genossenen Nahrung und in Abhängigkeit von der jeweiligen Verdauungsphase eine sehr variable ist.

Bekanntlich wird der Chylus, d. h. die Flüssigkeit, die sich in den Chylusgefässen während der Verdauung befindet, dadurch berechnet, dass man den Inhalt des Ductus thoracicus, in den ja auch die Körperlymphe ergossen wird, während einer Verdauung und im Hungerzustande getrennt untersucht und dann das Resultat beider Untersuchungen miteinander vergleicht. Einige Autoren haben den Chylus Hingerichteter analysiert und Noel-Paton hat während einer Operation, bei welcher der Ductus thoracicus freigelegt war den Inhalt aufgefangen und dann bestimmt. Nach Neumeister, Tigerstedt, Bernstein, Munk, Landois, Noel-Paton, Oven-Rees, Hoppe-Seyler zeigt der Chylus folgende Zusammensetzung:

So veschieden nun diese Zahlen sind, eines muss uns auffallen, — der beträchtliche Fettgehalt bei allen Bestimmungen, welcher der Lymphe z. B. fast ganz abgeht. Doch lässt sich auch der Fettgehalt einer Flüssigkeit nicht im Sinne einer chylösen Entstehung derselben verwerten, wenn wir bedenken, dass auch der chyliforme Ascites Fett enthält, und dass dieses nicht Nahrungsfett ist, sondern von fettig zerfallenen Zellen herrührt.

Da wie wir gesehen haben mit theoretischen Voraussetzungen eine Entscheidung der Natur eines chylösen bz. chyliformen Transsudates nicht zu erbringen ist, so hat Senator zur Klinik zurückgegriffen und auf 4 diagnostisch wichtige Punkte hingewiesen.

Nach seiner Meinung sprechen hauptsächlich für die chylöse Form des Ascites und gegen die adipöse:

1) Die äusserst feinkörnige, staubartige Beschaffenheit des Fettes im mikroskopischen Bilde und die Armut an, oder die gänzliche

[7]) Winkel Archiv f. kl. Medicin 1876.

[8]) Lion Archive de médecine exp. et d'anatomie pathologique 1893.

[9]) Leszczinski Врачъ 1906.

	Neumeister.	Tigerstedt.	Bernstein.	Munk.	Landois.	Noel-Paton.	Oven-Rees.	Hoppe-Seyler.
Feste Bestandteile	3,7—5,5	6,2—6,5	2,0—6,0	7,0—10,0	9,5	4,2	9,5	5,9
Wasser	—	93,5—95,8	—	—	—	—	90,4	94,0
Salze	0,8—0,99	0,7—0,8	0,7—0,8	0,8	0,4	0,6	0,4	0,7
Chlornatrium. . .	0,55-0,58	—	0,5-0,6	—	—	—	—	—
Album.	3,4—4,1	3,5—4,6	4,0—5,0	3,3—3,6	7,1	1,2—1,4	7,1	3,6
Fibrin	—	0,06	—	—	—	—	Spuren	—
Zucker	0,1	—	—	—	—	—	—	—
Fett	0,06—0,13	0,4—0,9	3,0—8,0	3,3	0,9	2,4—2,7	0,92	0,72
	nach Fettnahrung 4,5							

Abwesenheit von Zellen, besonders grösserer, im fettigen Zerfall begriffenen Zellen.

Auch Straus legt in einer Arbeit auf diesen Punkt ein grosses Gewicht und betont, dass beim chylösen Transsudate die staubförmigen kleinen Fettkörperchen alle gleich gross und gleichmässig verteilt sein müssten.

2) Das schnelle Wiedererscheinen des fetthaltigen Ascites nach der Entleerung.

3) Nachweisbarer Zuckergehalt der Flüssigkeit.

4) Kann aus dem Uebergang einer besonderen, in den Magen eingeführten Fettart in den Erguss wohl mit Sicherheit auf Stauung oder Zerreissung der Chylusgefässe geschlossen werden. Man hat letzteren Nachweis auf verschiedene Weise zu führen gesucht.

Straus [10]) hat in einem Fall den Uebergang reichlich genossenen Butterfettes in eine Ascitesflüssigkeit nachweisen können und dadurch die chylöse Natur desselben bewiesen.

[10]) Straus Archive de Pathologie et Physiologie 1886.

Minkowsky [11]) fand nach reichlicher, 5 Tage hindurch dargereichter Erucasäure, einer synthetischen Fettsäure, welche durch Verseifung von Rüböl erhalten wird, eine deutliche Steigerung des Fettgehaltes in der Ascitesflüssigkeit, die nach dem Fortlassen der Erucasäure wieder sank. Wir selbst verabreichten unserem Patienten mehrere Tage hindurch eine mit Sudan III stark gefärbte Mandelölemulsion und hofften das Sudan später im Ascites wiederfinden zu können, doch war der Erfolg ein negativer.

Ziehen wir aus dem Angeführten die Nutzanwendung auf unseren Fall, so sprechen gegen Ascites chylosus:

Zunächst das mikroskopische Bild, welches neben zahllosen gleich grossen Fetttröpfchen die Anwesenheit zahlreicher verfetteter Zellen ergab, der fehlende Zuckergehalt der Flüssigkeit, sowie schliesslich — allerdings zum mindesten, der Umstand, dass bei der Obduktion weder eine Eröffnung des Ductus thoracicus noch eine grobe Stauung in demselben entdeckt wurde. Aus rein technischen Gründen haben wir zu Lebzeiten des Patienten keinen Versuch mit der Verabreichung der Erucasäure nach Minkowski gemacht. Wir hofften denselben durch den Nachweis eines Ueberganges mit Sudan III rot gefärbten Mandelöles in die Ascitesflüssigkeit ersetzen zu können. Das Resultat war allerdings ein negatives. Trotzdem bin ich geneigt den Ascites in meinem Falle als chylös, zum mindesten als gemischt — chylös-adipös — zu bezeichnen. Dafür könnte angeführt werden: Der hohe Fettgehalt der Flüssigkeit (3.46%), die Anwesenheit feinster, gleich grosser Fetttröpfchen in der Flüssigkeit neben den verfetteten Zellen, das rasche Anwachsen des Ascites nach der Punktion (Senator), welches sich weder durch eine peritonitische Exsudation, noch durch Portalstauung erklären lässt — ich erinnere daran, dass bei der Sektion die Milz weder gestaut, noch vergrössert war — schliesslich die Abwesenheit jeglicher Alteration des Peritoneum, welche zur Abstossung so zahlreicher verfetteter Zellen geführt hätte, dass dadurch ein chyliformer Ascites hätte entstehen können. Zwar fand sich im Douglas eine Metastase, doch war dieselbe so gering, dass ihre Bedeutung für den milchigen Charakter der Ascitesflüssigkeit als belanglos dreist hingestellt werden kann.

Was die Abwesenheit von Zucker in der Flüssigkeit anbetrifft, so hat dieses Symptom ja auch nur einen einseitigen und relativen Wert, insofern als zwar ein positiver Zuckerbefund für Ascites chylosus sprechen muss, ein negativer jedoch durch den hohen Verdünnungsgrad in der Flüssigkeit erklärt werden kann.

Zur Erklärung des Ascites chylosus meiner Annahme zufolge, in meinem Falle, muss ich auf die ausgedehnte karzinomatöse Lymphangoitis, die Erfüllung der Lymphgefässe innerhalb der Darmserosa mit Karzinomzellen hinweisen, worin ich ein direkt mechanisch hemmendes Moment für die Zirkulation des Chylus innerhalb der Chylusbahnen erblicken muss, abgesehen davon, dass ich es mir leicht vorstellen kann, dass durch die Alteration der Wand besagter Gefässe durch das Karzinom die Bedingungen für einen leichteren Austritt von Flüssigkeit aus demselben gegeben sein können.

Zu denken wäre möglicherweise auch noch an eine Kompression des Stammes des Ductus thora-

[11]) Minkowsky Arch. f. exp. Pathologie und Pharmakologie 1886).

cicus oder eines seiner grösseren Aeste durch das umfangreiche Karzinom des Magens — doch fehlt für eine solche Annahme die anatomische Unterlage.

Uebrigens sind Fälle von Ascites chylosus immer die bei weitem am häufigsten vorkommende Erscheinung und Ascites adiposus viel seltener. Daher wirft auch Leydhicker die Frage auf, der sich Senator[12]) anschliesst, ob es überhaupt einen reinen Ascites adiposus gäbe, es sich nicht zum minimum um Mischformen beider in zweifelhaften Fällen handle, denn es wäre doch unerklärlich und dieee Frage muss sich zum Schluss wohl einem Jeden aufdrängen, warum bei so häufig vorkommender Karzinomatose und Tuberkulose des Peritoneum so so selten Fett im Ascites zu finden sei.

Er meint daher, dass, wo gröbere Hindernisse für den Chylus und Lymphstrom nicht vorhanden sind, pathologische Veränderungen an den feinsten Wurzeln der Chylus- und Lymphgefässe die Ursache der Transsudation abgeben könnten, die selbst dem geübtesten Auge entgehen.

Freilich ist diese Erklärung nicht vollkommen hinreichend, immerhin aber verständlich.

Zum Schluss noch einige Worte über Diagnose, Prognose und Therapie solcher Ergüsse.

Die Diagnose kann wohl erst nach stattgehabter Punktion gestellt werden, denn die Symptome sind wohl dieselben, wie bei einem gewöhnlichen Stauungsascites.

Die Prognose ist fast immer infaust, wie das ja auch der Aetiologie der Krankheit entspricht; demgemäss dürfte denn auch die Therapie meist eine rein symptomatische sein. Immerhin sind Fälle von chylösen Ergüssen genesen, wobei es sich augenscheinlich immer um ein Trauma handelte, bei dem offenbar nur kleine Achylusgefässe zerrissen wurden. Ein Fall ist jedenfalls in der Literatur bekannt, wo ein chylöser Ascites, der vermutlich, wie der Autor (Pagenstecher) annimmt, durch chronische Peritonitis entstanden war, durch Laparotomie geheilt worden ist.

Nachtrag bei der Korrektur. Während der Drucklegung dieser Mitteilung ist eine Arbeit von Sommer (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 87) erschienen, welche einen Fall von chylöser Flüssigkeitsansammlung im Pleura- und Bauchraum bei Karzinom des Ovariums mit zahlreichen Metastasen in den mesenterialen und retroperitonealen Drüsen und Kompression des Ductus thoracicus durch diese, zum Gegenstand hat. Wie zahlreiche mikroskopische Schnitte durch den Ductus thoracicus zeigten, bestand keinerlei Kontinuitätstrennung desselben, jedoch erwies sich seine Wand durchsetzt von zahlreichen Krebszügen und reichlichen mit Sudanrot färbbaren Fetttröpfchen, besonders in der nächsten Umgebung der Karzinomalveolen. Kontrolluntersuchungen an intakten Brustgängen anderer Personen ergaben das Fehlen solcher Fettablagerung. Es dürfte mithin durch die Mitteilung Sommers in hohem Masse wahrscheinlich sein, dass bei einer karzinomatös infiltrierten, im Uebrigen aber intakten Wand des Ductus thoracicus der Durchtritt von Flüssigkeit aus diesem durch die Wand möglich ist, was natürlich zur Erklärung des Chylothorax bez. Ascites chylosus wesentlich beiträgt.

---

[12]) Senator Charité Annalen 1893.

Zur Kasuistik der Pankreasnekrose.

Von

Dr. A. Truhart.

Seitdem Balser im Jahre 1882 uns zuerst mit dem Wesen der eingentümlichen Erkrankung, der von ihm sogenannten abdominalen „Fettnekrose" bekannt gemacht und Körte im Jahre 1898 sein „die chirurgischen Krankheiten und Verletzungen des Pankreas" behandelndes Werk veröffentlicht hat, haben sich die kasuistischen Mitteilungen über Pankreasnekrose von Jahr zu Jahr vermehrt, so dass wir in der Gegenwart schon über eine reiche Kasuistik dieser sogenannten „seltenen" Krankheit verfügen. Wenn ich nun trotzdem im nachstehenden noch zwei weitere Fälle in gedrängter Darstellung anreihe, so bewog mich dazu einerseits der Umstand, dass sich auch in diesen beiden Fällen wiederum die Schwierigkeiten ergeben, welche einer rechtzeitigen klinischen Diagnose im Wege stehn, andrerseits scheinen mir diese beiden Fälle insofern nicht ohne Interesse, als jeder von ihnen im klinischen Verlauf Besonderheiten darbot, die sonst nur ganz ausnahmsweise angetroffen worden sind.

Beide Fälle wurden im hiesigen deutschen Alexander-Hospital für Männer beobachtet und von meinem Chef Herrn Dr. med. W. Fick operiert.

Fall I.

Der 23-jährige Potator N. M., welcher früher an Gelenkrheumatismus gelitten und Lues durchgemacht hat, giebt an seit einigen Monaten an häufigen «Darmkatarrhen» und meist morgens auftretender Uebelkeit zu leiden. Am 6. Dezember 1899 erkrankt er plötzlich unter Frostgefühl mit Erbrechen und heftigen Schmerzen im Epigastrium. Es tritt eine vollkommene Stuhl- und Gassperre auf, die einen hochgradigen Meteorismus hervorruft. Die heftigen kolikartigen Schmerzen lassen im Verlauf der ersten Krankheitswoche allmälig unter Eisbehandlung nach und es erfolgen auf Klysmata täglich flüssige Stühle. Die Temperatur ist hoch und erreicht am 11. Dezember die Höhe von 39,0°. Erst am 13. Dezember bessert sich das Allgemeinbefinden infolge reichlicheren Abgehens von Winden und dadurch bedingter Abnahme des Meteorismus. Patient tritt am 15. Dezember 1899 in das Hospital ein.

Stat. Praesens: Schwächlich gebauter mittelgrosser Mann. Leichter Ikterus. Zunge borkig, belegt, trocken. Temp. 39,1. Puls 108 klein, leicht unterdrückbar. Herz ohne Besonderheiten. Ueber den Lungen beiderseits bronchitische Rassler. Hochstand des Zwerchfells, hinten bis 2 Querfingerbreit unter der Scapula. Die Leberdämpfung, vom V I. C. R. in der Mamillarlinie beginnend, geht in die des Abdomens über. Abdomen in toto aufgetrieben. Tympanitische Zonen finden sich von der Grösse einer Handfläche, eine unter dem linken Rippenbogen, eine zweite über der Symphyse, im übrigen Dämpfung. Vom Processus ensiformis schräg abwärts zur rechten Darmbeinschaufel ziehend, fühlt man einen stumpfen, derben Rand, der sich mit der Atmung verschiebt (Leberrand?) Quer durch das Abdomen erhält man eine deutliche Flüssigkeitswelle. Die Rektaluntersuchung ergiebt eine Vorwölbung des Douglas. Eine Milzvergrösserung ist nicht nachzuweisen. Der Urin ist sauer, von 1019 spez. Gewicht, enthält Albumen in geringer Quantität, kein Zucker. Indikan wenig vermehrt. Gallenfarbstoff positiv!

Im Verlauf der nächsten Tage verändert sich das Bild nicht wesentlich. Die Temperatur bleibt anhaltend hoch; der Puls ist klein, seine Frequenz steigt auf 120 in der Minute. Die Nahrung wird fast ausnahmlos erbrochen, doch bilden tägliche, reichliche, flüssige Stühle die Regel. Der Umfang des Abdomens nimmt zu. Während die Dämpfung im Bereiche des Colon descendens einer Tympanie weicht, bleibt sie auf der rechten Abdominalhälfte konstant. Der mit der Atmung verschiebbare derbe Rand, welcher die untere Grenze der Dämpfung bildet, lässt vermuten, dass es sich möglicherweise um einen Leber resp. subphrenischen Abszess handelt, doch ergeben mehrfache Probepunktionen ein durchaus negatives Resultat.

Am 20. Dezember wird infolge Annahme eines abgesackten eitrigen Prozesses in der Bauchhöhle, ohne nähere Lokalisation zur Laparotomie geschritten, im Verlaufe welcher

sich das Pankreas als Sitz der Erkrankung zu erkennen giebt.

Nach Eröffnung der Bauchdecken in der Medianlinie kommt man in die freie Bauchhöhle. Das rechte Hypochondrium und das Epigastrium sind von einem Tumor eingenommen, dessen untere Grenze von dem einerseits mit der Geschwulst, andrerseits mit dem Peritoneum parietale verbackenen Colon transversum gebildet wird. Um eine Infektion der freien Bauchhöhle zu vermeiden und um bequemer an den rechtseitig gelegenen Tumor zu gelangen wird die Operations-Wunde vernäht und parallel zu ihr ein zweiter Schnitt am Rektusrande gemacht.

Nach Lösung zahlreicher peritonitischer Verklebungen dringt man auf eine unter der Leber befindliche, von den Blättern des Omentum minus bedeckte, mit Blutkoagulis gefüllte Höhle, die beginnende Vereiterung aufweist. In der Tiefe der Höhle liegt das stark missgefärbte Colon transversum, das sich in grösserer Ausdehnung von seinem, wie verdauten nekrotischen Mesocolon vollständig abgelöst hat. Tamponade der Wundhöhle.

Die Operation bleibt ohne Einfluss auf den weiteren Krankheitsverlauf. Die Temperaturen sind beständig hoch. Kleiner frequenter Puls um 120. Das Genossene wird beständig erbrochen. Spontane übelriechende Stuhlentleerungen. In dem vom Mesocolon abgelösten nekrotisierenden Colon transversum bildet sich am 3. Tage p. op. eine Fistel, die reichlich Kot absondert. Septicopyämische Erscheinungen treten auf; verstreute pneumonische Herde in den Lungen und eine beiderseitige Parotitis. Unter Collaps exitus am 26. Dezember ab.

Die Sektion ergiebt unmittelbar oberhalb des Nabels eine Scheidewand, die quer durch das Abdomen zieht und durch Verklebungen des Peritoneums mit den darunterliegenden Darmschlingen und dem Netz gebildet wird. Nach Lösung der mit der Unterfläche an dem Omentum minus adhärierenden Leber, dringt aus dem Foramen Winslowi etwa ein halber Liter rötlich grauer eitriger Flüssigkeit. Die nicht vergrösserte Milz adhäriert mit ihrer Umgebung. Entfernung der übrigen Baucheingeweide in toto. Die rechte Nebenniere ist nekrotisch, um den oberen Pol der rechten Niere teilweise Nekrose des Fettgewebes. Nach Entfernung des Magens liegt die stark erweiterte Bursa omentalis vor. Zwischen Magen und Leber befindet sich ein Tumor von Kindskopfgrösse quer im Abdomen der Lage des Pankreas entsprechend. Beim Aufschneiden erweist sich die linke Hälfte des Tumors von einem roten Blutkoagulum eingenommen, das zum Teil in Organisation begriffen, zum Teil nekrotisch verfärbt erscheint. Die rechte Hälfte ist grün grau, vollständig gangränös. Die Wand des Colon transversum ist schwarz, papierdünn, sehr zerreisslich. Durch die mit der Wundhöhle kommunizierende weite Fistelöffnung gelangt man in das Colon transversum. Das Gewebe des Pankreas ist vollständig zu Grunde gegangen. Die nekrotischen Koagula ergeben mikroskopisch Eiterkörperchen, Fettsäurenadeln und zellige Elemente.

Anatomische Diagnose: Haemorrhagia et necrosis pancreatis. Necrosis colonis transversi. Necrosis lipomatosa mesocolonis et perirenalis d. Necrosis glandulae suprarenalis d. Sepsis. Pleuritis fibrinosa. Pneumonia lobularis. Peritonitis fibrinosa. Abscessus pulmonis d. Tumor lienis acutus. Degeneration der parenchymatösen Organe.

Fall II.

Der 61-jährige W. K. erkrankte plötzlich am 29. Oktober 1905 mit kolikartigen Schmerzen im Abdomen, die keine nähere Lokalisation und Diagnose gestatteten. Die ganze Zeit hat Patient das Gefühl von allgemeiner Mattigkeit und leidet an Schlaflosigkeit. Kein Aufstossen oder Sodbrennen, kein Erbrechen erfolgt. Stuhlgang in den nächsten Tagen auf Klysma. Das Durstgefühl ist gesteigert. In den letzten Tagen lassen die Leibschmerzen nach. Es treten auf Dyspnoe und Fussknöchelödeme. Patient ist Gewohnheitstrinker, tritt am 11. November 1905 in das Hospital ein.

Status praesens: Grosser, kräftig gebauter Mann von reduzierter Ernährung. Stark entwickeltes Fettpolster. Atmung frequent Zunge trocken, belegt. Temp. 39,6. Puls klein, leicht unterdrückbar, 114 Schläge in der Minute. Oedeme der Ober- und Unterextremitäten. Herz gross, Töne dumpf, kein Geräusch. Ueber den Lungen einzelne bronchitische Geräusche, sonst normaler Befund.

Oberer Rand der Leber in der Höhe der IV Rippe, unterer zwei Querfingerbreit unter dem Rippenbogen. Milz perkutorisch vergrössert, nicht palpabel. Abdomen wenig gebläht. Es lässt sich in der rechten Abdominalhälfte eine nicht druckempfindliche Resistenz, wie perkutorisch eine Dämpfung nachweisen. Die Grenzen derselben sind infolge Fettleibigkeit des Patienten nur sehr undeutlich ausgesprochen. Mit der Leber wohl kein Zusammenhang. Prostata wenig vergrössert. Urin sauer. Spez. Gewicht 1022. Albumen in Spuren vorhanden, desgleichen Zucker. Gährungsprobe ergiebt 0,5‰. Indikan nicht vermehrt. Diazoreaktion und Aceton negativ. Acetessigsäure positiv. Mikroskopisch einzelne runde Epithelien und mehrkernige Leukocyten. Die Leukocytenzählung ergiebt im Blutpräparat ca. 18400 Leukocyten. Vidal react. negativ.

Auf Digitalis schwinden in einigen Tagen Dyspnoe und Oedeme. Die Vergrösserung der Herzdämpfung wird kleiner. Der im Urin konstatierte Zucker geht bald vollständig zurück. Der Indikangehalt mehrt sich. Die Stuhlentleerungen meist von breiiger Konsistenz sind sehr voluminös, häufig wenig gefärbt. Die Pulsfrequenz beträgt fortlaufend etwa 100 Schläge in der Minute. Die nach 10 Tagen wiederholte Leukocytenzählung ergiebt eine Zahl von 16100. Die Temperatur, die während der ersten Woche im Hospital einen kontinuierlichen Charakter zeigt, nimmt allmählich einen ausgesprochenen intermittierenden Typus an. Es stellt sich leichter Singultus ein. Die anfänglich undeutlich fühlbare Resistenz in der rechten Abdominalhälfte tritt immer deutlicher hervor. Es lässt sich ein Tumor von Kindskopfgrösse in der Ileocoekalgegend palpieren, welcher bis zum lateralen rechten Rektusrande reicht und von der Leber durch eine tympanitische Zone abgrenzbar ist. In der Annahme, dass es sich um einen perityphlitischen abgesackten Eiterherd handelt, wird Patient am 30. November einer Operation unterworfen.

Unter Chloroform-Narkose wird auf den Appendix eingegangen. Nach Eröffnung der Bauchdecken gelangt man in die freie Bauchhöhle. Der Wurmfortsatz erweist sich als normal. Das Coekum ist lateral fest mit dem partikalen Peritoneum verbacken. Nachdem die Bauchhöhle durch Tampons geschützt ist, werden die Adhäsionen stumpf gelöst und gelangt man in eine grosse Abscesshöhle. Letztere ist hinter dem Coekum und dem Colon ascendens belegen und enthält ausser Eiter bis zu 10 cm. lange mit fettnekrotischen Herden durchsetzte gangränöse Gewebefetzen. Bei der Tamponade löst sich das Colon ascendes leicht und ohne Blutung von seinem wie verdauten nekrotischen Mesokolon. Die nachträgliche mikroskopische Untersuchung der Gewebefetzen ergiebt in dem übrigen normalen Fettgewebe, fettnekrotische Herde, Fettsäurenadeln und zahlreiche mehrkernige Leukocyten. Die angelegten Kulturen auf Bouillon und Agar bleiben steril.

Nach der Operation sinken die Temperaturen. Trotz guter Darmpassage stellt sich in den nächsten Tagen beständiges Erbrechen ein. Das Epigastrium ist stark meteoristisch gebläht. Im Urin tritt wieder Zucker in Spuren auf, der Indikangehalt ist bedeutend vermehrt. In der Wundhöhle, die scheinbar grösser wird (die Tampons lassen sich unter dem Colon ascendens hindurch fast bis zur Mitellinie einführen) wird bald Kot nachgewiesen. Es haben sich am schwarz verfärbten Colon ascendens zwei Fisteln gebildet. Patient klagt über Luftmangel und Husten. In den unteren hinteren Lungenpartien lassen sich rechts pneumonische Rassler nachweisen. Die Unterextremitäten sind hochgradig ödematös geschwellt. Unter erneutem Auftreten höherer Temperaturen und zunehmender Schwäche kommt es am 13. Januar 1906 zum Exitus.

Bei der Sektion ergeben sich feste Verbackungen zwischen Magen, Leber und Gallenblase, die vorn die mit graurötlichen nekrotischen Gewebemassen gefüllte Bursa omentalis abschliessen. Letztere steht einerseits mit einer Höhle in Verbindung, die unten bis zum linken Hypochondrium und hinten bis zur vergrösserten Milz reicht, — andrerseits kommuniziert sie mit einer weiteren, hinter dem Colon ascendens gelegenen Höhle, welche beim Coecum endigt. Das Pankreas stellt eine grauweissliche Masse dar, von einer dem Organ entsprechenden Grösse. Während die peripheren Teile in eine unkenntliche Masse verwandelt sind, findet sich zentral noch ein feiner Streifen erkennbaren Gewebes, in welchem sich kleine Hämorrhagien und bis Stecknadelkopf grosse opake kreidige Herde befinden. In der Hinterwand des Colon ascendens zwei Perforationsöffnungen. Die Gallenblase ist klein, mit einigen grösseren und kleineren Steinen gefüllt.

Die anatomische Diagnose lautet: Hämorrhagien und Nekrose des Pankreas. Fettgewebenekrose der Bursa omentalis mit Durchbruch hinter das Colon ascendens und Perforation desselben. Sepsis, septisches Oedem und Pneumonie des rechten Unterlappens. Dilatatio cordis. Trübung der Leber und Nieren mit Schaumbildung. Chronische venöse Hyperämie der Milz mit septischem Milztumor. Gallensteine. Blutungen in die Darmmucosa.

Eine nähere Begründung der Aetiologie und der Pathogenese der multiplen abdominalen „Fettgewebenekrose“ bezw. „Fettzersetzung“ erscheint mir nicht geboten, da in der Jetztzeit die anfänglich vorherschende mikroparasitäre Theorie gänzlich in den

Hintergrund getreten ist und wenn wir von ganz vereinzelten Ausnahmen absehen, die Pankreasfermenttheorie als allgemein anerkannt dasteht. Nur darauf möchte ich hinweisen, dass in beiden voranstehenden Fällen eine primäre Erkrankung der Arterien des Pankreas wohl den ersten Anlass zur Erkrankung des Organs geboten haben und dafür in beiden Fällen der Alkoholmissbrauch — in einem auch noch die Fettleibigkeit und das vorgeschrittene Alter, im andern Falle die abgelaufene Lues bei dem jugendlichen Manne das ursächliche Moment abgegeben haben mögen. Hinsichtlich der weiteren Entwickelung der Erkrankung bezüglich ihrer pathologisch-anatomischen zur Geltung kommenden Erscheinungen möchte ich in Kürze folgendes erwähnen. Vor allem durch Erkrankung der Blutgefässe im Pankreas werden Ernährungsstörungen, die wir als Dystrophie der Zellelemente bezeichnen können — geschaffen. Durch diese verlieren die Zellen ihre vitale Eigenschaft, vor der schädigenden Wirkung des Pankreasfermentes gefeit zu sein. Kommt es nun aus irgend einem oft garnicht einmal genau zu praezisierenden Grunde zu einer direkten Berührung des Pankreassekretes und seiner Fermente mit den Parenchymzellen — sei es in dem einen Falle durch Rupturierung der Drüsenkanäle infolge eines Traumas oder in einem anderen Falle zu einer Sekretstauung im Bereiche des Ductus Wirsungianus und Uebertritt des Sekretes in das Gewebe infolge aktiver oder passiver Zirkulationsstörung—so werden solche durch eine Erkrankung ihrer sie ernährenden Gefässe in ihrer Vitalität geschädigten, dystrophischen Zellen den Fermenten des Pakreassekretes keinen Widerstand entgegensetzen und seiner Einwirkung verfallen. Das Trypsin ruft durch Eiweissverdauung des Zellprotoplasmas Nekrose der Pankreaszellelemente hervor und ferner bewirkt es durch Arrosion von Gefässen punktförmige, resp. auch grössere Hämorrhagien (nicht selten werden sogar kleinste Arterienästchen ganz zerfressen). Schliesslich entstehen durch Einwirkung des Fermentes auf mangelhaft ernährte Bestandteile des Ligamentes, der serösen Häute, der Darmwandungen in diesen Perforationen, Usurierungen und breite Kommunikationen mit dem Retroperitonealraum und der Peritonealhöhle.

Das Steapsin ruft in Fettzellen, die vorher einer Schädigung ausgesetzt waren durch Kontakt, die fälschlicherweise sogenannte „Fettnekrose" hervor. Es spaltet und zersetzt das Neutralfett in seine einzelnen Bestandteile: Fettsäure (Nadeln) und Glyzerin. An diese rein chemischen Vorgänge schliessen sich dann naturgemäss infektiöse an. Die in Milliarden im Darmlumen vorhandenen Bakterien (besonders reichlich diejenigen aus der Gruppe des Bakterium coli, aber auch andere. wie Strepto- und Staphylokokken etc.) treten durch die gelähmte oder serös durchtränkte Darmwand resp. direkt nach vorhergegangener Perforation derselben in den Peritoneal- oder in den Retroperitonealraum und finden nun in dem Blut, Extravasat oder Transsudat einen fruchtbaren Nährboden. Es kommt zu peritonitischen oder anderweitig entzündlichen Erscheinungen, zu jauchigen Prozessen oder zu ausgesprochener Eiterbildung. Der Eiter senkt sich. Falls der Blutaustritt in der linken Oberbauchhälfte seinen Sitz hatte, findet die Senkung hinter das Colon descendens bis ins Becken herab — statt, oder falls die Blutung hauptsächlich in der Bursa omentalis erfolgt war, so beschränkt sich die Eiterung bei einem entzündlichen Abschluss des Foramen Winslowi ausschliesslich auf die Bursa omentalis, oder falls schliesslich die Blutung und Erkrankungsherde in der rechten Oberbauchgegend ihre Localisation hatten, nimmt der Eiter die Richtung hinter das Colon ascendens in die Retrocoecalgegend.

Was die Symptomatologie und Diagnose der Pankreasnekrose anbetrifft, so ergiebt diese Erkrankung eine so aussergewöhnliche Mannigfaltigkeit und Vielgestaltigkeit des Symptomenkomplexes, dass die Diagnose in den bis jetzt veröffentlichten Fällen nur selten richtig gestellt worden ist. Nach der Statistik, die von meinem Vater im Jahre 1902 zusammengestellt ist, ist von 316 Fällen nur fünfundzwanzig mal eine, meist nur mutmasslich und annähernd richtige Diagnose gestellt worden, während es in den übrigen 291 Fällen zu Fehldiagnosen, resp. gar keiner Diagnose-Stellung kam. Diese relativ geringe Anzahl von klinisch richtigen Diagnosen erscheint auch ganz verständlich, wenn wir uns das klinische Anfangsbild der Pankreasblutung und Nekrose vergegenwärtigen. Da bei der Erkrankung Schmerzen, sei es in mehr diffuser kolikartiger Weise und die Erscheinungen einer anscheinenden Darmsperre das ganze Krankheitsbild beherschen, so bleibt die Anfangsdiagnose immer unsicher und giebt der Vermutung Raum, dass es sich im gegebenen Falle um Gallen- resp. Nierenkoliken, beginnende Appendicitis, Ulcusperforation, oder Darmocclusion handelt. Letzteres Moment dürfte auch in den akut verlaufenen Fällen am häufigsten die Veranlassung zu einem operativen Eingriff abgegeben haben, wobei dann wegen Vorhandensein der charakteristischen Fettnekrosen oder etwaiger Blutkoagulä in der Pankreasgegend die Diagnose einer primären Pankreaserkrankung sichergestellt worden ist. So konnte laut der obenangeführten Statistik von den 87 operativ behandelten 35 mal die Anwesenheit solcher fettnekrotischer Herde konstatiert werden. Es wäre vielleicht denkbar, dass möglicherweise mit der Zeit eine rechtzeitig vorgenommene quantitative Stuhluntersuchung unter Umständen doch zu einer frühzeitigen Diagnose der Pankreaserkrankung führen könnte, da ja der Abschluss des Pankreassaftes vom Darm bekanntlich — wie solches neuerdings besonders eingehend von Brugsch studiert worden ist — eine wesentliche Verschlechterung der Fett- und Eiweissresorption im Darm bedingt. Doch ist naturgemäss eine solche Untersuchung in akut verlaufenden Fällen unmöglich auszuführen neben direkt auf der Hand liegenden Gründen, schon allein deswegen, weil die Einführung einer genau qualitativ und quantitativ bemessenen Nahrung zum Zwecke der Bestimmung ihrer Ausnutzbarkeit an dem meist unstillbaren Erbrechen der Patienten scheitert. Diese Untersuchung bleibt mithin nur für chronisch verlaufende Fälle mit weniger stürmischen Erscheinungen reserviert. Doch erfordert sie bekanntlich sehr viel Mühe und noch mehr Zeit. Auch sind ihre Resultate noch lange nicht über alle Zweifel erhaben und zur Zeit noch diskutabel, daher eben wenigstens nicht zur Diagnose zu verwenden. Als sicher feststehend können wir nur anerkennen, dass bei Abschluss des Pankreassekrets vom Darm eine Verschlechterung der Resorptionsgrösse der Nahrung für Eiweiss und Fett besteht, sind jedoch über den Umfang der Resorptionsschädigung nur wenig unterrichtet, insofern als nach Brugsch von derselben besonders das Fett betroffen sein soll, während Weintraud eine überwiegende Schädigung der Eiweissaufnahme als für eine Pankreaserkrankung charakteristisch hinstellt. In beiden vorliegenden Fällen sehen wir neben vielen gleichartigen Erscheinungen viele Verschie-

denheiten der klinischen Symptome, in bezug auf Erkrankung und Verlauf, wie in der Lokalisation des Krankheitsprozesses selbst. Beiden Patienten ist ein plötzlicher Beginn der Erkrankung gemeinsam, doch während wir im ersten Falle das die Regel bildende typische Krankheitsbild eines schweren Ileus mit hochgradigem, Erbrechen, vollständiger Darmsperre und Meteorismus vor Augen haben, sind diese Erscheinungen im 2. Falle bis auf ein Minimum abgeschwächt. Gerade das Erbrechen, das eines der typischen Symptome der Erkrankung bildet und in den bis jetzt publizierten Fällen nur ganz ausnahmsweise gefehlt hat, wird vom Patienten ausdrücklich negiert. Dieses Fehlen von Erbrechen und Aufstossen, die nicht so heftigen Schmerzen und die schon in den nächsten Tagen erfolgenden Stuhlentleerungen weisen auf einen geringen Grad von peritonealer Reizung hin und dürften darauf hindeuten, dass die Blutungen im Pankreas mit sehr geringer Vehemenz und wenig profus von statten gegangen sind. Mit dem Einsetzen der Stuhlentleerungen und dem Abgehen von Winden bessert sich bei beiden das Allgemeinbefinden. Die erste Phase der Krankheit ist überwunden, doch nun beginnt der zweite Abschnitt — es kommt zur Infektion! Die Temperatur steigt und beide werden zur näheren Beobachtung dem Hospital überwiesen, der eine am 10., der andere am 14. Tage nach Beginn der Erkrankung. Die nun erfolgende Untersuchung ergiebt einen kleinen leicht unterdrückbaren Puls von über 110 Schlägen in der Minute. Wir haben das Bild einer hochgradigen Herzschwäche, die im 2. Falle auch Oedeme der Ober- wie Unterextremitäten veranlasst hat. Der durch den Meteorismus bedingte hohe Zwerchfellstand bedingt eine Kompression der Lungen. Die Atmung ist sehr frequent, die Patienten ziehen eine mehr sitzende Lage vor. Die Organuntersuchung ergiebt keine näheren Anhaltspunkte, ebenso wenig der Urin. Eine Glykosurie, wie sie von einigen Autoren bei Pankreasnekrose beobachtet ist, ist in einem unsrer Fälle in Spuren vorhanden, im anderen fehlt sie. Obgleich man theoretisch annehmen müsste, dass Indikan bei Pankreaskrankheiten vermindert wäre, so sehen wir diesen Bestandteil in einem Falle etwa in normaler Menge, im andern sogar vermehrt. Eine genauere Stuhluntersuchung wird wegen der Regelmässigkeit, mit der die Entleerung auf Klysma erfolgen, unterlassen; jedoch waren sie in dem 2. Fall auffallend voluminös und möchte ich auf dieses Symptom, als ein im allgemeinen noch ungenügend betontes Moment, besonderes Gewicht legen. Eine Erklärung für diese Erscheinung finden wir in der Mangelhaftigkeit mit der die Resorption der Nahrungsprodukte bei Vermehrung resp. Fehlen von Pankreassaft vor sich geht.

Und endlich der lokale Befund. Im ersten Falle ausser Meteorismus eine bald verschwindende Flüssigkeitsansammlung im Abdomen, die sich durch Vorwölbung des Douglas und durch Ballotieren dokumentiert und dann eine mit der Leber im Zusammenhang stehende Dämpfung im Abdomen, die mit einem sich mit der Atmung verschiebenden derben Rande abschliesst. Im zweiten Falle, ausser geringerem Meteorismus eine erst allmählich deutlicher werdende Resistenz und Dämpfung in der Ileocoekalgegend.

Die anhaltend hohen Temperaturen, die Verschärfung der klinischen Symptome wie der beständig abnehmende Kräftezustand bedingen einen chirurgischen Eingriff, wobei in beiden Fällen mit mehr oder weniger Wahrscheinlichkeit ein Eiterherd im Abdomen angenommen wird, der seinen Ausgangspunkt in einem Fall vom Appendix, im andern von einem wahrscheinlich in der Oberbauchgegend gelegenen Organ genommen hat. Erst bei der erfolgenden Operation gestatten Blutung und Nekrose in der Gegend des Pankreas einerseits,—die Gewebefetzen im Gebiet des Coecums andrerseits mit grosser Sicherheit die Diagnose auf Pankreaserkrankung zu stellen. Ein eigentümliches Bild bietet in beiden Fällen der verfärbte Dickdarm, der ohne die geringste Blutung von seinem wie verdaut aussehenden Mesocolon abgehoben werden konnte und in dessen Wand sich in den nächsten Tagen nach der Operation Kotfisteln bildeten.

In beiden Fällen bleibt der Eingriff ohne wesentlichen Einfluss auf den Krankheitsverlauf. Der Schwächezustand der Patienten lässt die schwere Infektion nicht überwinden. Im ersten Falle kommt es zu Pyosepsis mit Lungenabszess und beiderseitigen Parotitiden welche letztere eine äusserst seltene Komplikation darstellen und neuerdings wieder von Mayo Robson 1903 und 1905 in ein paar Fällen beobachtet worden sind. Es stellen sich hypostatische Pneumonien ein und die Patienten gehen unter zunehmender Schwäche und Kollapserscheinungen zu Grunde.

Bei den Sektionen erweist sich im ersten Fall das Pankreas vollständig vernichtet, an seiner Stelle in Zersetzung begriffene Blutkoagula, die von der Bauchhöhle durch peritonitische Verklebungen der Därme unter einander abgegrenzt sind. Das Pankreassekret hat verdauend auf das Mesocolon des Colon transversum, nekrotisierend auf die rechte Nebenniere und das Nierenfett eingewirkt. Die Wand des Colon tranversum ist durch dasselbe papierdünn geworden und ist es zu einer Kotfistel gekommen. Die hinzutrende Infektion hat weiter zersetzend gewirkt und eine Allgemeininfektion hervorgerufen, die sich durch Organtrübung, septischen Milztumor und endlich einen Lungenabszess charakterisiert. Im zweiten Fall sehen wir noch Spuren von erhaltenem Pankreasgewebe, in dem sich Hämorrhagien und Nekroseherde zu erkennen geben. Die in der Bursa omentalis angesammelten infizierten Massen, haben dieselbe durchbrochen und sich am Colon ascendens herabgesenkt, dessen Mesokolon in nekrotisches Gewebe verwandelnd und hieselbst zwei Kotfisteln hervorrufend. Auch hier lässt sich die durch Milztumor und Trübung der Parenchym-Organe charakterisierte Allgemeininfektion nachweisen.

Kurz möchte ich hier noch den bei diesem Fall konstatierten Befund von Gallensteinen erwähnen. Dieser Umstand, der ja in vereinzelten Fällen zweifellos zu einer Pankreassekretstörung führen dürfte kann im gegebenen Fall nicht als prädisponierendes Moment für die Erkrankung angesehn werden, da sich die Steine nur in der Gallenblase vorfinden, der Ductus choledochus, vor allem das Diverticulum der Papilla vateri keine in sich birgt; auch fehlt eine etwaige Erweiterung des Ductus choledochus, die darauf hinweisen dürfte, dass wenigstens zeitweilig in der Ampulla papillae vateri ein Stein fest gewesen und eine Retention von Pankreassekret im Ductus Wirsungianus hervorgerufen hätte.

Was die Prognose der Pankreasnekrose betrifft, so ist sie, abgesehn von nur vereinzelt dastehenden Spontanheilungen, die zum grossen Teil dank Abscedierungen und Abstossungen der nekrotischen Pankreaspartien zustande kamen, bei interner Behandlung als eine letale zu bezeichnen.

Seit den letzten 15 Jahren ist es jedoch vielfach gelungen bei Hämorrhagien und Nekrosen des Pankreas auf chirurgischem Wege eine Heilung zu erzielen. Vor allen ist es ein Verdienst Körtes als einer der ersten diese Erhrankung erfolgreich operiert und auf diese Behandlung aufmarksam gemacht zu haben. Von seiner früheren Theorie das Anfangsstadium abzuwarten und die Spätoperation vorzunehmen ist er heutzutage abgekommen. Hahn war es, der zuerst nach glücklichem Resultat für die Frühoperation plaidierte, die von Bunge, Rasumovsky und vielen anderen wiederholt als allgemein anerkannt dasteht und wie sich die besonders in den letzten Jahren zunehmenden Mitteilungen zeigen, mit stets häufigerem Erfolge geübt wird

Der letzte Ausgang, den die beiden oben angeführten Fälle nahmen ist zu erklärlich, wenn wir berücksichtigen, dass eine Frühoperation schon allein wegen des späten Eintritts der Patienten ins Hospital nicht gemacht werden konnte. Die dann spät vorgenommene Operation war nicht mehr im Stande die von Kräften gekommenen, hochgradig infizierten Patienten vom Tode zu retten.

Zur Entstehung der Geschwülste.

Von

Dr. A. Ucke.

Nachdem die Cohnheim'sche Theorie der Entstehung der Geschwülste vielfache Anfechtungen erfahren hatte und eine Fülle von Arbeiten kleinste Lebewesen pflanzlicher oder tierischer Natur als Erreger der fremdartigen Gewebsentwicklung hatte nachweisen wollen, kehrte man wieder dazu zurück, die Genese der Tumoren in versprengten Keimen zu suchen. Ribbert zumal bekämpfte die parasitäre Theorie sowie die Vorstellung, dass die bösartigen Tumoren das umgebende Gewebe mit in die Wucherung hereinzögen. Er lehrte, dass die Tumoren „aus sich heraus" wüchsen und verband damit die Vorstellung, dass eine Zelle oder ein Zellkomplex durch unaufhörlich fortgesetzte Zellteilung das ganze Gewächs hervorbringe, (Ribbert, Borrmann, Borst).

Dies Hervorgehen eines Tumors aus einer Zelle hat durchaus sehr viel für sich, wenn es auch noch nicht für alle Tumoren bewiesen ist und wird bewiesen werden können, doch ist damit noch kein Grund für das unbegrenzte, fremdartige Wachstum gegeben. Ribbert kommt auf eine Verlagerung in fremdes Gewebe zurück und behauptet, dass veränderte Druckverhältnisse die Proliferation auslösen, doch bleibt er uns den Beweis schuldig. Mir scheint, man müsse noch ein Moment finden, welches die unmittelbare Veranlassung geben könne zur Belebung einer Zelle, die in besonderer Richtung zu wachsen beginnt. Schon Cohnheim nimmt eine Ueberernährung der versprengten embryonalen Keime an, die das auslösende Moment abgeben soll und Ribbert weist darauf hin, dass „hauptsächlich die Bedingungen eruiert werden müssen, unter denen es zu einem Geschwulstwachstum der abgetrennten Keime kommt, oder, besser ausgedrückt, es müssen die Bedingungen klar gestellt werden, welche die Entwickelung der an sich völlig ausreichend wachstumfähigen Keime zu einem Tumor in manchen Fällen nicht zu Stande kommen lassen."

Wenn wir nun den Ursachen nachgehen, warum in den meisten Fällen die abgesprengten Zellen oder, wie Ribbert etwas vorgreifend sagt, Keime, nicht zu Tumoren auswachsen, so scheint mir die pathologische Histologie genügend klargestellt zu haben, dass das Gewebe jeden Fremdkörper nach Möglichkeit zu eliminieren sucht, und zwar meist durch Angriffe von Seiten der beweglichen Bindegewebs- oder Blutzellen, der Phagocyten. Je nach den verschiedenen Eigenschaften des Fremdkörpers wird der Angriff der Phagocyten ein verschieden starker sein und manche verlagerte Zelle wird vielleicht nur wenig oder garnicht von diesen Strassenkehrern des tierischen Körpers insultiert werden; viele jedoch, und wahrscheinlich die meisten werden vernichtet und ihre Trümmer fortgeschafft werden. Wenn aber eine Zelle oder ein Zellkomplex nicht genügend hämotaktisch wirkt oder den Angriffen der Leukocyten Widerstand leistet und liegen bleibt, so bedarf es doch noch eines besonderen Reizes um die Proliferation ins Begrenzte oder Unbegrenzte auszulösen. Dass jeder Tumor vom Organismus als Fremdkörper betrachtet wird, beweist schon der Umstand, dass wir um fast einen jeden ohne Ausnahme eine mindestens ganz dünne Bindegewebskapsel finden.

Was nun die Vermehrung der Körperzellen anbetrifft, so besitzt jede Zelle die Fähigkeit sich unbegrenzt zu vermehren, falls sie nicht altert und dann eliminiert wird, oder ihre Zellnatur aufgiebt und in Gebilde verwandelt wird, die keiner Veränderung mehr unterliegen. Doch produzieren alle Zellen nur Ihresgleichen mit einer stets gleichbleibenden Entwicklungstendenz. Nur eine Zellart im tierischen Organismus weist ganz abweichende und mannichfaltigere Entwickelungstendenzen auf, das sind die Zellen des Keimepithels im Ovarium. Zu diesen eine Analogie zu finden im Geschwulstwachstum, schien mir nicht undankbar und möchte ich Ihnen die Resultate hier vorlegen.

Die Eizelle der Metazoen sammelt auf Kosten der umgebenden Zellen des Keimepithels Vorrat an Nährmaterial für die ev. zukünftige Weiterentwicklung zum neuen Organismus; damit jedoch diese Entwicklung zu Stande kommt, bedarf es der Erfüllung zweier Bedingungen: 1) muss dass Ei reif werden, und 2) muss es befruchtet werden. Bis diese beiden Bedingungen erfüllt werden verharrt das Ei in vollkommener Ruhe.

Um für die Befruchtung reif zu werden, muss die Eizelle eine Reihe von Veränderungen durchmachen, die, kurz gesagt, darin bestehen, dass der Kern sich nach dem gewöhnlichen Schema der mitotischen Kernteilung teilt, wobei die eine Hälfte der Chromosomen aus der Eizelle ausgestossen wird. Dabei findet aber entweder eine Verdoppelung der Chromosomen statt, oder aber eine Reduktion auf die Hälfte der für das betreffende Tier normalen Zahl. In ersterem Falle nennen wir es eine „Aequationsteilung", im zweiten — eine „Reduktionsteilung" nach Weissmann. Findet nun eine Reduktionsteilung statt und wird die eine Hälfte des reduzierten Kerns als zweites Richtungskörperchen ausgestossen, so bedarf es der Befruchtung durch ein ebenso reduziertes Spermatozoon, dessen Kern ihm die fehlenden Chromosomen wieder zuführt. Es kann jedoch auch die zweite Hälfte nicht ausgestossen werden, sondern sich mit der ersten wieder vereinigen und dann haben wir die Möglichkeit einer Parthenogenese vor uns.

Zuweilen aber kommt es auch zur Parthenoge-

nese, wenn die Hälfte des reduzierten Kerns ausgestossen ist; denn (bei den Bienen) teilt der Kern sich noch einmal und bringt aus sich heraus die volle Chromosomenzahl zu Wege. Hierzu ist noch die höchst interessante und zumal für unsere Ueberlegungen wichtige Beobachtung (Tichomiroff, Loeb, Hans Winkler) zu erwähnen, dass unbefruchtete Eier durch mechanische und chemische Insulte zur Entwicklung zu bringen sind (Reiben mit einer Bürste, Eintauchen in konz. Schwefelsäure etc.) Daraus können wir den Analogieschluss machen, dass eine erste Geschwulstzelle wie eine Eizelle durch mechanische und chemische Reize zum unbegrenzten Wachstum angeregt werden könne. Damit dies geschehe bedarf es allerdings gewisser Vorbedingungen, die erfüllt sein müssen. Vor allen Dingen muss die „Geschwulsteizelle", wie ich sie bezeichnen möchte, reif sein. Die Anhäufung von Nährsubstanz, eine Art Dotter, kann man sich so zustande kommen denken, dass durch beliebige grössere oder kleinere Insulte eine Anzahl Zellen lädiert werden und auf ihre Kosten, sagen wir, eine intakte Zelle sich vergrössert und Nährmaterial aufspeichert. Nun kann sie lange in Ruhelage verharren, bis sie veranlasst wird in mitotische Teilung zu geraten. Es wäre möglich, dass es dabei zu einer fortgesetzten Kern- und Zellteilung käme, die zu einer Geschwulstbildung, etwa eines einfachen histioiden Charakters führt.

Oder aber es kommt zu einer Reduktionsteilung und dann bedarf es entweder einer Befruchtung, oder es kommt ein Wachstum analog der parthenogenetischen Entwicklung zu Stande. Nachdem wir erfahren haben, dass reife Eier durch chemische und mechanische Insulte zur Entwicklung gebracht werden können, können wir auch für gewisse Geschwülste einen gleichen Vorgang als durchaus wahrscheinlich annehmen. Gegen die Annahme einer Art von Befruchtung wird wohl vielerseits Einspruch erhoben werden, und doch scheint mir gerade diese Möglichkeit sehr beachtenswert; denn gerade durch die Vereinigung zweier Zellen verschiedener Provenienz lässt sich eine Breite der Variation des produzierten Gewebes erzielen, wie wir es bei den Tumoren vor uns haben, wo fast kein Tumor dem andern in seinem Bau gleicht. Ausserdem liesse sich dadurch auch die Zusammensetzung der Mischgeschwülste und der organoiden Tumoren zwanglos erklären.

Selbst die parasitäre Theorie der Entstehung der Geschwülste dürfte von diesen Gesichtspunkten aus an Wahrscheinlichkeit gewinnen, indem an einen befruchtenden Einfluss der Parasiten auf die Zellen gedacht werden könnte; jedenfalls fällt zunächst das Ungeheuerliche der Vorstellung fort, dass Parasiten eine Gewebsproliferation, und nicht wie sonst einen Gewebszerfall zu Stande brächten.

Für manche Tumoren werden wir die Cohnheim'sche Annahme versprengter embryonaler Keime nicht missen können, wie für Dermoide und Atherome, während die Embryome und Teratome durch die mannigfaltigsten Missbildungen zu den Doppelmissbildungen und den eineiigen Zwillingen führen, wo die Entstehung aus dem befruchteten Ei nicht mehr zweifelhaft ist.

Auf eine weitere nicht unwichtige Analogie zwischen erster Tumorzelle und Eizelle muss ich hier noch näher eingehen, da aus ihr Erscheinungen erklärbar sind, die sonst rätselhaft erscheinen. Ich möchte daran erinnern, dass der Eizelle die Energie innewohnt einen Körper von einer gewissen Grösse zu bilden, die in den Variationsgrenzen der betreffenden Tierart schwankt. Darüber hinaus geht die Entwicklung nie, dagegen kann sie durch verschiedene Umstände beeinflusst unter der Norm zurück bleiben. Genau dasselbe sehen wir bei den Tumoren: manche Geschwülste, wie z. B. Lipome oder Myome, wachsen bis zu einer gewissen Grösse an und bleiben dann auf demselben Niveau und machen dann zuweilen noch die Altersveränderungen des Individuums mit, d. h. sie verkleinern sich, atrophiren. Andere haben die Tendenz ins Unbegrenzte zu wachsen; ob ihr Wachstum wirklich ein unbegrenztes ist, wissen wir eigentlich nicht, da sie ja zu den malignen gehören und somit den baldigen Tod des Menschen nach sich ziehen. Allerdings sprechen die gelungenen Versuche von Ehrlich, Apolant, Sticker u. A. Sarkome von Mäusen und Hunden über viele Generationen von Tier zu Tier weiter zu impfen für ein unbegrenztes Wachstum dieser Zellen; denn zweifellos haben wir hier nur eine Transplantation und keine Infektion vor uns. Doch ist diese Eigenschaft der grenzenlosen Vermehrung sämtlicher Zellen im Organismus eigen, falls sie nicht zu besonderer Funktion in Gebilde verwandelt sind, in denen der Zellcharakter verloren gegangen ist. Sofern sie aber als Zellen eine Funktion zu leisten haben, sind sie der Abnutzung unterworfen d. h. sie altern und werden vom Organismus eliminiert. Gegenüber den mit Uebermaass an Energie und im Ueberschuss produzierten Zellen des Tumors, kann der Organismus in der Verwertung der Funktion und der Wegschaffung der Zerfallsprodukte nicht Schritt halten, und so kommt es zu den mannigfachen Erscheinungen, wie wir sie an Tumoren beobachten.

Wenn wir kurz zusammenfassen wollen, unter welchen Bedingungen ein Tumor im Organismus zu Stande kommt, so sehen wir, dass:

1) eine Zelle eine gewisse Reife erlangen muss d. h. auf Kosten der umgebenden Zellen Material speichern; dass dies nicht aus den zirkulierenden Säften allein genommen werden kann, entnehmen wir der Analogie mit der Eizelle; einen Anstoss dazu, ein begünstigendes Moment kann eine Läsion der umgebenden Zellen abgeben, die in ihrer Lebenskraft geschwächt der energievollen Schwesterzelle ihre besten Stoffe abgeben.

2) die reife Zelle einen Anstoss zur Teilung durch mechanische oder chemische Reize erfahren muss, oder, dass sie durch eine Art Kopulation mit einer gleich- oder anderartigen Zelle zur Proliferation und Bildung eines dem Organismus fremden Gebildes gebracht wird.

Es erübrigt noch die Bedingungen zu erwägen, unter denen die Entstehung eines Tumors nicht zu Stande kommt, um der vorerwähnten Forderung Ribbert's wenigstens bis zu einem gewissen Grade zu genügen.

1) Zunächst braucht der Umstand, dass eine Zelle sich den andern gegenüber überlegen erweist, nicht leicht und häufig einzutreten.

2) wird das Nährmaterial, sowohl das von den umgebenden Zellen stammende, als auch das durch Blut und Lymphstrom ev. herbei geführte von den hinzueilenden Phagocyten dem als Eindringling erscheinenden werdenden Tumor in hohem Grade streitig gemacht werden. Wenn die Zelle aber auch diesen Widerwärtigkeiten Stand hält, so wird sie

3) noch lange Zeit von einem Wall von Leukocyten resp. einer bindegewebigen Kapsel im Bann gehalten werden, aus dem sie durch einen Zufall er-

löst werden muss um ihre volle Kraft zu entwickeln. Endlich muss

4) der Tumor sich noch zu Blut- und Lymphgefässen Bahn brechen und mit ihnen in nähere Beziehungen treten, um die grosse Menge der Nährstoffe, deren er zum Wachstum bedarf zu erlangen, genau so, wie der Embryo durch Chorion und Plazenta Fuss fasst im mütterlichen Uterus.

Mai, 1906.

Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre vom neurogenen Fieber.

Von

G. v. Voss.

(z. Zt. Honnef a/Rhein).

Die alte Einteilung der pathologischen Temperatursteigerungen des Menschen in „essentielle" und „symptomatische" hat neuerdings ihre Geltung verloren. Wir nehmen an, dass Fieber stets ein Symptom ist, bewirkt durch die verschiedensten Vorgänge im Organismus. An die Stelle der alten Begriffe ist die Scheidung in einfache, besser aseptische, und infektiöse Fieberformen getreten, die zuerst von Volkmann stipuliert wurde.

Bevor wir dem Begriff des nervösen Fiebers nähertreten, müssen wir uns zunächst über den modernen Standpunkt der Fieberlehre im allgemeinen klar sein. Wir stossen hierbei sofort auf grosse Schwierigkeiten, denn über Hypothesen ist man eigentlich noch nicht hinausgekommen. In seinem Lehrbuch der pathologischen Physiologie sagt Krehl, es sei nicht gelungen, aus den verschiedenen pyrogen wirkenden Körpern ein Gemeinsames herauszunehmen und eine aetiologische Einheit des Fiebers zu gewinnen. Nach demselben Autor ist die Mehrzahl der Fieber wohl auf eine Intoxikation zurückzuführen. Wo wäre in diesem Falle dann der Angriffspunkt der Toxine? Krehl persönlich „erscheint es am wahrscheinlichsten, dass Zelleiweiss an den verschiedenen Orten direkt durch die Einwirkung der Fieberursache zerstört wird". Damit wäre also die Entstehung des Fiebers an alle Orte gebunden, wo Eiweiss vorhanden ist. Wir werden aber unten sehn, dass beim sogenannten „Wärmestich" das Fieber auch durch den Zerfall des Leberglykogen's, eines Kohlehydrat's, zustande kommt.

Entsteht nun einerseits das Fieber direkt durch Oxydation von Eiweiss oder anderer Stoffe im Körper, so hätten wir andererseits nach Krehl das Nervensystem als Vermittler des Fieberprozesses anzusehn, die wärmeregulierenden Vorrichtungen hätten ihre normale Leistungsfähigkeit eingebüsst. Es kommt zu einer „Insufficienz der Wärmeabgabe. Zu den Fieberursachen rechnet Krehl: Bakterien, ihre Stoffwechselprodukte, Toxine, Fermente und mancherlei Salze. Es wäre also anzunehmen, dass diese Stoffe erstens die Oxydation im Körper verstärken und zweitens durch Affektion des Nervensystem's die entsprechende Wärmeabgabe vermindern. Damit berühren wir die Beziehungen zwischen Nervensystem und Fieber, die sich zunächst darin äussern, dass eine bestimmte Gruppe von Erkrankungen des Nervensystem's mit Fieber einhergeht und doch nicht in den Bereich unserer Betrachtung gehört. Wir meinen jene Krankheiten, die durch infektiöse Prozesse hervorgerufen werden (Poliomyelitis, Encephalitis, Meningitis und Polyneuritis). Ebensowenig wäre hierher zu rechnen das Fieber, welches durch Resorption grösserer Blutergüsse in die Substanz des Gehirns hervorgerufen wird. Ob die Resorption von Hirnsubstanz an sich Fieber bewirkt, wie Krehl annimmt, erscheint nicht erwiesen, da erstens viele umfangreiche Verletzungen des Gehirns (Schusswunden, operative Eingriffe) fieberlos verlaufen, solange keine Meningitis hinzukommt, und zweitens Injektionen von sterilisierter Hirnsubstanze zu therapeutischen Zwecken (z. B. bei Epilepsie), soweit uns bekannt, keine Temperatursteigerungen hervorrufen.

Neurogenes Fieber kann entstehen

I) Vom Gehirn oder Rückenmark aus.

1) durch anatomisch nachweisbare Laesionen

a) durch (experimentelle) Reizung oder Verletzung (Traumen).

b) durch Erkrankungen verschiedener Art

2) durch Störungen, die bis jetzt anatomisch nicht nachgewiesen werden konnten (Hysterie, Epilepsie).

II. Auf dem sogenannten „Reflexwege".

Die Lehre von den Wärmezentren des Gehirn's ist einerseits durch die experimentelle Forschung, andererseits auf Grund klinischer Erfahrungen ausgebaut worden. Doch muss von vorneherein betont werden, dass die bisherigen Ergebnisse noch lange nicht definitive Gültigkeit erlangt haben, sondern weiterer Bestätigung und kritischer Prüfung sehr bedürfen. Am besten begründet erscheint die Annahme von wärmeregulierenden Zentren im Corpus striatum (Aronsohn und Sachs 1885), obwohl auch hier einzelne Autoren bei ihren Versuchen nur unsichere, ja negative Resultate erzielten (Stieda, Dissertation aus Bechterew's Laboratorium). J. Ott hat ein Wärmezentrum in dem vorderen Teil der grauen Substanz des III. Ventrikels beschrieben, ausserdem noch einige in anderen Hirnteilen. Hale White hat auf Grund von Tierversuchen und an der Hand einiger klinischer Fälle ein thermogenetisches Zentrum im Corpus striatum beschrieben; doch giebt es nach ihm auch Zentren in der Medulla oblongata und der Hirnrinde. Oppenheim und Rossolimo nahmen auf Grund klinischer Erfahrungen Zentren in der Rinde an; von Monakow verlegt sie in den Thalamus. Krehl meint eine Lokalisation im Mittelhirn als die wahrscheinlichste bezeichnen zu müssen. Eine interessante Beobachtung, die der gesteigerten Wärmeproduktion eine andere Ursache zugrunde legt als vermehrten Eiweisszerfall, hat Rolly gemacht. Er fand nämlich, dass ohne Anwesenheit von Glykogen in der Leber der sogenannte Wärmestich d. h. Verletzung der Corpora striata nicht zu Fieber führt, während bei Vorhandensein dieses Stoff's der Eingriff fast regelmässig erhöhte Wärmeproduktion und Temperatursteigerung bewirken soll.

Erkrankungen des Gehirn's haben schon vielfach zu Fiebererscheinungen Veranlassung gegeben, doch sind, wie Krehl betont, nur wenige Fälle beweisend. Besonders interessant erscheinen diejenigen Krankheitsprozesse, die zu einseitigen Temperatursteigerungen führten; hier wäre auf die von Hale White, Kaiser und neuerdings Chotzen beschriebenen Fälle hinzuweisen. Im Falle von Chotzen betrug die Differenz beider Körperhälften etwa 1—2,7°; bei der Sektion fand sich in der linken Hemisphaere (die pathologische Temperatur-

steigerung wurde rechts beobachtet) ein älterer grosser Erweichungsherd (unterer Scheitellappen, hinterer Teil der 1. und 2. Schläfenwindung etc.) nebst einer frischen vollständigen Thrombose der linken Art. foss. Sylv. mit Erweichung des Schweifkern's, rechts ein älterer zystöser Herd im Schweifkern und unvollständige Thrombose der Art. foss. Sylv. Wir heben noch hervor, dass in Chotzen's Fall die Erhöhung der Körpertemperatur auf der gelähmten Seite mit deutlichen vasomotorischen Störungen einherging (auffallende Hautrötung). Auch in dem von uns beschriebenen Fall hysterischen Fieber's war diese Erscheinung vorhanden, ja sie betraf hauptsächlich die obere Körperhälfte. Dementsprechend war auch die Temperatur im Rektum stets um einige Zehntel niedriger als in der Achselhöhe. Es ist zu bedauern, dass die Temperaturmessungen in Chotzen's und anderen analogen Fällen nicht an verschiedenen Körperstellen ausgeführt wurden; in Zukunft wäre womöglich nicht nur auf Unterschiede in der Temperatur der beiden Körperhälften, sondern auch einzelner Teile derselben zu achten.

Nächst dem Grosshirn ist das Rückenmark an der Thermoregulation beteiligt; zahlreiche Fälle von Verletzungen desselben, namentlich im Bereiche des Halsmark's, haben zu mitunter sehr hochgradigen Temperatursteigerungen geführt. Auch experimentelle Untersuchungen (Naunyn und Quincke) haben durchaus beweiskräftige Resultate ergeben. Warum Krehl dem in solchen Fällen beobachteten Fieber eine gesonderte Stellung zuweisen will ist nicht ganz einleuchtend. Die Temperatursteigerung bei Rückenmarkslaesionen ist nach ihm auf „aufgehobene Wärmeregulation, verminderte Wärmeabgabe und vielleicht verstärkte Oxydation in den Muskeln“ zurückzuführen; also doch im Wesentlichen auf die auch sonst wirksamen Faktoren.

Durch zahlreiche Beobachtungen ist erwiesen worden, dass starke und lange andauernde Krämpfe zu Temperatursteigerungen Veranlassung geben können; doch scheint dieses Fieber sehr geringfügig zu sein, kommt es dabei aber zu höheren Graden, so muss man durchaus zustimmen, wenn Krehl annimmt, dass diese Steigerungen auf gleichzeitige Lähmungswirkungen im Gehirn hindeuten. Diese Erklärung wäre ebenfalls auf die im Status epilepticus beobachteten Temperatursteigerungen zu beziehen.

Vielumstritten ist die Annahme, dass auch Hysterie zu Fieber führen könne; unter den deutschen Autoren sind es namentlich von Strümpell und Eulenburg, die eine solche Möglichkeit strikt in Abrede stellen. Den entgegengesetzten Standpunkt vertritt Oppenheim; auch Krehl (l. c. S. 486) und F. W. Schulze (mündliche Mitteilung), die zwar keine eigenen Beobachtungen gemacht haben, halten die Möglichkeit eines hysterischen Fiebers für erwiesen. Wenn man die Hysterie im Charcot'schen Sinne als Psychose auffasst, so lässt sich das Vorkommen aller Hirnsymptome, mithin auch aller vasomotorischen resp. thermoregulatorischen Störungen bei dieser merkwürdig vielseitigen Erkrankung auf's ungezwungenste erklären.

Wir haben oben als zweite Gruppe der neurogenen Fieber die auf reflektorischem Wege entstandenen Temperatursteigerungen bezeichnet. Vor allem kommen hier inbetracht das Urethralfieber, die bei schwierigem Katheterismus mitunter beobachtete, mit Schüttelfrost einhergehende Temperatursteigerung, und das Fieber bei der Gallensteinkolik. Die Möglichkeit einer reflektorischen Fieberentstehung ist im Prinzip gewiss zuzugeben (vgl. Krehl l. c. S. 487), jedoch scheinen uns die Akten in dieser Frage noch lange nicht geschlossen zu sein. Weder der Katheterismus, noch die Veränderungen der Gallenwege während der Kolikanfälle können im Sinne einer Infektionsmöglichkeit als unbedenklich angesehen werden. Vielmehr ist in beiden Fällen an rasche Resorption infektiösen oder toxischen Material's zu denken. Die Annahme einer reflektorischen Entstehungsweise irgend welcher Störungen im Organismus ist meist nur ein Verzicht auf klare und einfache Deutung derselben gewesen.

Die obigen kurzen Ausführungen werden vielleicht geeignet sein, dem Unbefangenen zu zeigen, wie sehr wir in der Erkenntnis des Fieberphaenomens überhaupt noch im Dunklen tappen. Ein Fortschritt in der Analyse des neurogenen Fieber's ist aber an die Klärung der allgemeinen Fragen gebunden. Weder theoretische Beweise, noch prinzipielle Bedenken können unsere Kenntnisse erheblich fördern. Nur exakteste experimentelle Untersuchungen und sorgfältigste klinische Beobachtungen mit pathologisch-anatomischer Nachprüfung werden uns dem Ziele näher bringen.

* * *

Krehl — Lehrbuch der pathologischen Physiologie 4. Auflage v. Monakow — Gehirnpathologie (Nothnagel's Handbuch) Samuel — Eulenburg's Realencyklopädie Art. „Fieber“ Oppenheim — Lehrbuch der Nervenkrankheiten 4. Auflage 190 . Hale White — Zeitschr. f. klin. Medizin B. 50, № 3 und 4 1903. Chotzen — Münch. med. Wochenschr. 1906 № 27. v. Voss — Deutsch. Ztschr. f. Nervenheilk. 1906 B. 30. S. 167.

Ueber Fieber bei viszeraler Syphilis.

Von

Dr. H. Westphalen.

Auf Grund der Erfahrung aus der Praxis will es mir scheinen, dass bei der Beurteilung einer Affektion, welche aus anderen Gründen als viszeral luetisch angesehen werden muss bezüglich eines gleichzeitig bestehenden Fiebers, die Meinungen auseinander gehen. Während die Einen, zu denen auch ich mich zählen möchte, daran festhalten, dass die viszerale Syphilis als solche zuweilen, nicht immer imstande ist an und für sich, mehr oder minder hohe Temperaturen auszulösen, huldigen Andere der Meinung, dass eine Temperatursteigerung bei einem viszeral luetischen Prozesse nicht auf die Syphilis als solche, sondern auf eine andere, den syphilitischen Prozess lediglich begleitende Ursache zurückgeführt werden muss. Um dieser Frage näher zu treten habe ich eine Anzahl von Krankengeschichten aus meiner Abteilung des Deutschen Alexander-Männer-Hospitals und derjenigen der anderen Kollegen darauf angesehen, ob sich aus denselben irgend ein Hinweis zur Klärung des in Rede stehenden Gegenstandes ergeben würde. Bevor ich jedoch auf die Krankengeschichten selbst eingehe sei mir ein gedrängter Hinweis auf die Literatur gestattet. Dass in dem sogenannten konstitutionellen Stadium der Syphilis Temperatursteigerungen vorkommen und namentlich beim Ausbruche des Exanthems Fieberwerte bis nahe an 40° C. erreicht werden können, ist längst bekannt; weniger, dass auch bei tertiär luetischen Prozessen innerer Organe Fieber zum Symptomenbilde gehört. Diese Tatsache scheint längere Zeit hindurch wenig beachtet worden zu

sein. Zwar sagt schon Wunderlich[1]), dass bei dem akuten Ausbruche interner luetischer Affektionen der Leber, des Gehirnes und der Knochen Temperatursteigerungen beobachtet wurden, welche ziemlich unregelmässig verlaufen, bedeutende morgendliche Remissionen darbieten, denen relativ hohe Abendwerte entsprechen, doch hat erst Bäumler[2]) zusammen mit den englischen Aerzten Duflin und Berkeley in ganz klarer Weise auf den aetiologischen Zusammenhang dieser Temperaturen mit der Syphilis hingewiesen, insofern als er einige Krankengeschichten von Patienten beschreibt, die an Viszeralsyphilis litten, remittierend fieberten und erst prompt entfieberten, als sie antiluetisch behandelt wurden, woraus Bäumler auf den ursächlichen Zusammenhang zwischen der Syphilis und dem Fieber schliesst. In der Folge sind dann noch weitere Krankengeschichten veröffentlicht worden, welche die Richtigkeit der Bäumler'schen Ansicht erhärten dürften. Speziell scheinen es die luetischen Affektionen der Lunge, der Leber und des Zentralnervensystems zu sein, welche unter Umständen, ich wiederhole durchaus nicht immer, zu fieberhaften Temperaturen die Veranlassung geben, die sehr verschieden verlaufen und erst einer antiluetischen Behandlung weichen.

Lungensyphilis. Bezüglich der Lungensyphilis behauptet zwar Ziun[3]), dass die Syphilis der Lunge kein Fieber hervorrufe und sich dadurch differenziell-diagnostisch von der Tuberkulose unterscheiden lasse. Wie jedoch aus dem Artikel „Lungensyphilis" in dem bekannten Werke von Aufrecht „Die Lungenentzündungen 1897" hervorgeht, dürfte die Behauptung Ziuns nur zum geringen Teile richtig sein, insofern als die luetischen Affektionen der Lunge fieberfrei verlaufen können, nicht aber fieberfrei verlaufen müssen, da es sicherlich Fälle giebt, in deren Verlaufe sogar recht beträchtliche Temperaturen erreicht werden, wie solches namentlich aus einer, der von Aufrecht herangezogenen Krankengeschichten hervorgeht, in welcher von einer Temperatur von 38,5 und 39,3 berichtet wird. Später sind denn auch noch andere Krankengeschichten veröffentlicht worden, welche die von Ziun vertretene Behauptung ganz wesentlich einschränken. So berichtet Veress in der Pester med.-chirurg. Presse 1904 Nr. 22 u. 23 von einem Kranken, der lange Zeit intermittierend bis 39,5 am Abend fieberte, nächtliche Schweisse mit Absinken der Temperatur zur Norm am Morgen darbot und lange Zeit als Malariafall angesehen wurde, bis das Auftreten eines Unterschenkelgeschwüres die Einleitung einer antiluetischen Behandlung veranlasste. Der Effekt war, wie Veress sich ausdrückt, „staunenerregend", „die Krankheit war wie entzweigeschnitten".

Als Pendant hierzu berichtet weiter Klemperer[4]) über einen Krankheitsfall seiner Beobachtung, der eine Affektion der linken Lungenspitze betraf, hektisch fieberte und trotz Fehlens von Tuberkelbazillen als Phthisiker in Montreux und Leysin mit Marmorekserum erfolglos behandelt wurde, bis Patient auf die Anamnese hin, dass er vor 7 Jahren an Lues erkrankt war, auf Jodkali und Quecksilberinjektionen gesetzt wurde, worauf nach der 4. Injektion die Temperatur normal blieb.

Ich glaube, dass die berichteten Fälle so einwandsfrei sind, dass wir nicht berechtigt sein dürften mehr daran zu zweifeln, dass die Lungensyphilis zum wenigsten mit, wie es den Anschein hat, intermittierendem Fieber einhergehen kann.

Leider verfüge ich selbst über keinen Fall von Lungensyphilis, den ich den schon veröffentlichten Krankengeschichten einreihen könnte.

Lebersyphilis. Wie mit der Syphilis der Lungen scheint es auch mit der Lebersyphilis, dem Gumma der Leber zu stehen.

Wie ich schon erwähnte, war es schon Wunderlich aufgefallen, dass bei Lebersyphilis unregelmässige Temperaturen vorkamen. 1895 berichten Hirschberg und Raichline[5]) über einen Fall von Lues mit Leberschwellung und typhoidem Fiebertypus mit abendlichen Temperaturen bis 39,3 und 39,7, die auf eine 20 tägige Quecksilberbehandlung schwanden; etwas Aehnliches sah auch Gerhardt[6]) wenn er sagt, dass es Fälle von Syphilis der Leber giebt, die mit hektischem Fieber verlaufen, welches prompt einer Merkurialbehandlung weicht.

Genau das Gleiche beweisen ferner die einschlägigen Krankengeschichten von Ewald[7]) und G. Klemperer[8]) und neuerdings von F. Klemperer. In allen diesen Fällen handelte es sich um eine luetische Affektion der Leber, die meist mit deutlichem intermittierendem Fieber einherging, welches anfangs verschieden gedeutet, erst dann, aber dann auch prompt zur Ausheilung kam, als eine antisyphilitische Behandlung, Jod und Quecksilberdarreichung eine Zeit lang durchgeführt worden war.

Den zitierten Krankengeschichten erlaube ich mir einige weitere, wie mir scheint recht eindeutige Fälle beizureihen:

1 Fall. G. F. 25 a. n. aufg. 21. Aug. 1890.

Anamnese. Vor 7 Jahren Lues. Häufige Rezidive trotz einer Kur in Aachen. Seit 4 Wochen eine schmerzhafte Geschwulst im Epigastrium bemerkt.

Stat. praes. Mässige Polylymphadenitis, pigmentierte Narben an den Armen und Unterschenkeln. Mehrere Ulcera der hinteren Pharynxwand mit scharf abgeschnittenen Rändern und speckigem Grunde. In der linken Hälfte des Epigastriums eine mit der Respiration verschiebliche anscheinend der Leber zugehörige kleine apfelgrosse Geschwulst von recht derber Konsistenz. Milz normal gross. Uebrige Organe o. B.

Diagnose. Gumma hepatis. Ulcus syphiliticum pharyngis.

Therapie. Decoct. Zittmann leve, Schwitzkasten, später Jodnatrium. Ueber die Temperaturen kann leider keine Aussage gemacht werden, da der Temperaturbogen abhanden gekommen ist. Meiner Erinnerung zufolge bestanden damals keine wesentlichen Aenderungen der Körperwärme.

21 Sept. Die Ulcera im Pharynx verheilt. Die Härte in der Leber weicher und kleiner, nicht mehr druckempfindlich.

21. Okt. An Stelle des Gumma in der Leber eine leichte Resistenz undeutlich zu fühlen. Patient wird aus dem Hospital entlassen.

Am 24. 4. 1892 trat Patient von neuem in das Alexanderhospital mit folgenden Angaben: Wegen erneuter syphilitischer Affektion im Halse Schlammkur von Ssaki im Sommer 1891. Jetzt seit ca. 2 Monaten täglich abendliche Fiebersteigung bis 39.9, zuweilen mit Schüttelfrost und nachfolgendem Schweiss. Keinerlei Schmerzen Niemals an Gallenkoliken gelitten. Keine Malaria gehabt. Es bestehen ferner Klagen über einen lästigen Druck im Epigastrium nach dem Essen. Sonst keinerlei dyspeptische Beschwerden.

Stat. praes. Leichter Husten. Lungen bis auf leicht abgeschwächtes Atmen l. h. ob. ohne Veränderung. Sputum frei von Tuberkelbazillen. Magen: Sehr geringe Schwäche der motorischen Funktion des Magens, da bei der Spülung

[1]) Wunderlich. Das Verhalten der Eigenwärme in Krankheiten. 2. Aufl. 1870. p. 387.

[2]) Bäumler. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 9.

[3]) Ziun. Charité Annalen 1898.

[4]) Klemperer. Zeitschrift f. klin. Med. Bd. 55.

[5]) Hirschberg u. Raichline. Bulletin général de therapie. 30. Juni 1895.

[6]) Gerhardt. Wiener med. Blätter. 1900. Nr. 46 u. 47.

[7]) Ewald. Therapie der Gegenwart. Febr. 1903.

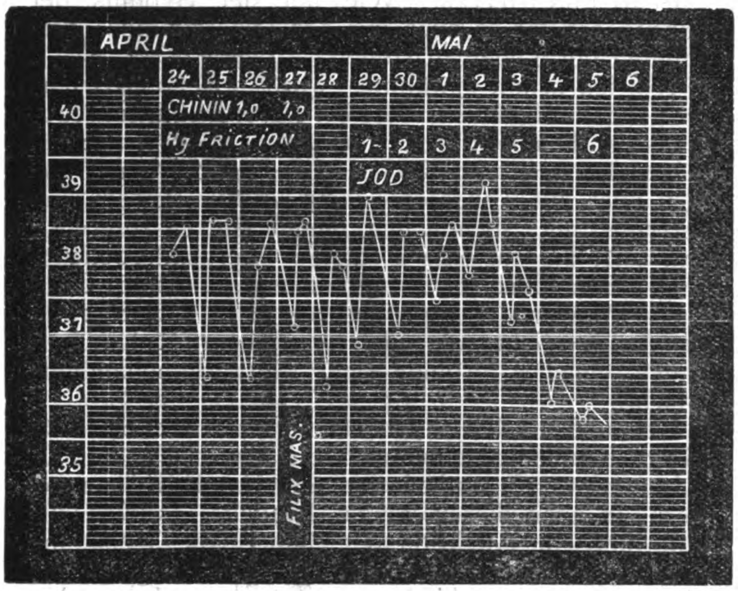
[8]) G. Klemperer. Therapie der Gegenwart. Juni 1903.

7 Stunden nach Probe-Mittag einige Muskelfaserstücke im Magen gefunden wurden. Nach Pr. Fr. Ges. Acid. 52 fr. Hcl.+ Darmverdauung normal. In den Faeces Eier einer Taenia.

Leber ragt 1½ Querfinger unter dem Rippenbogen vor, ist namentlich im Bereiche des linken Lappens druckempfindlich, daselbst leichte Resistenz. Milz vergrössert palpabel.

Urin normal.

Temperatur cf. Kurve.



Da weder die Abtreibung der Taenia mediocanellata noch mehrfache Chiningaben irgend einen umstimmenden Einfluss auf den Fieberverlauf hatten, so wurden dem Patienten, im Hinblick auf seine schwere Lues vom 29. April ab tägliche Friktionen zu je 5,0 Hydrarg. ciner. und Jodkali 1,0 pro die ordiniert.

Nach der 5. Friktion und 5-tägigem Jodgebrauch sank die Temperatur zur Norm und blieb auch weiter normal.

Hierdurch und durch den intermittierenden Charakter des Fiebers dürfte sich dieser Fall in keiner Hinsicht von den oben zitierten Fällen der Literatur unterscheiden. In dem einen der Fälle G. Klemperer's trat die Entfieberung des Patienten nach der 14. Injektion von 0,02 Sublimat, in dem Falle F. Kemperer nach 31-tägigem Jodkaligebrauche (8:200, 3 mal täglich 1 Esslöffel) ein.

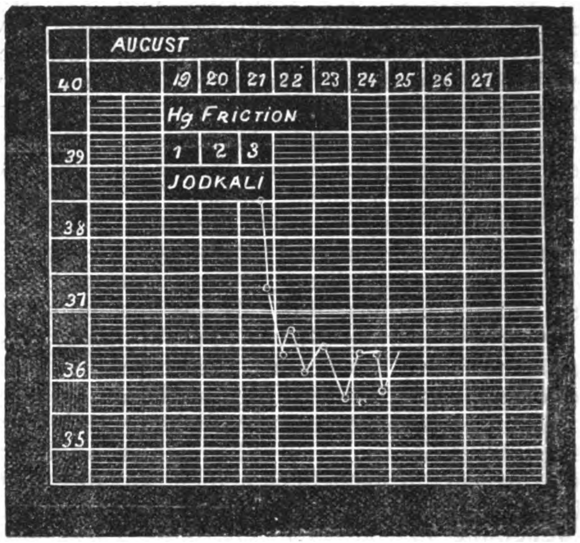
Der zweite Fall betrifft eine Hospitalsbeobachtung aus der Abteilung des Kollegen Dr. O. Moritz und erinnert in seiner Fieberbewegung lebhaft an den soeben referierten Fall.

2. Fall. N. F. 36 a. n. aufg. 21. Aug. 1905. Abth. Dr. O. Moritz. Patient hat vor 13 Jahren Lues acquiriert, ist lange Zeit merkuriell mit ca. 100 Injektionen behandelt worden. Seit dem Mai a. c. angeblich täglich erhöhte Temperatur, am Morgen ist dieselbe normal und soll zum Abend ohne Schüttelfrost bis auf 38—39° ansteigen. Zuweilen Nachtschweisse. Chinin und Arsen sind auf den Temperaturverlauf ganz effektlos gewesen. An Malaria hat Patient nie gelitten.

Stat. praes. Leber stark vergrössert, den Rippenbogen etwa Handbreit überragend, druckempfindlich. Die Milz vergrössert, palpabel. Im Rachen alte Narben durch welche die Uvula nach rechts und d. Arcus palato-pharyngens nach hinten verzogen sind. Zahl der roten Blutkörperchen=6824000; der weissen Blutkörperchen 3360. Haemoglobingehalt 85—90%. Im Blut keinerlei Plasmodien. Urin normal. An den übrigen Organen keine bemerkenswerten Veränderungen.

Patient hatte schon vor dem Eintritt ins Hospital 2 Quecksilberschmierungen gemacht und einige Jodkaligaben genommen, worauf die Temperatur plötzlich normal wurde und wie eine Nachricht aus dem November besagt, auch normal blieb.

Interessant ist die epikritische Beurteilung des Falles aus der Krankengeschichte von der Hand des Kollegen O. Moritz: „Patient hatte vor dem Eintritt ins Hospital 2 Quecksilberschmierungen gemacht — darauf und eventuell auf den Jodgebrauch



ist wohl der frappante Temperaturabfall zu schieben. Die Temperaturkurve, welche leider der Kranke mitgenommen hat. — fällt mit dem 21. August plötzlich ab — während vorher in den letzten Monaten kein Tag fieberfrei war". — Diese Worte decken sich fast wörtlich mit denjenigen, mit welchen Veress den therapeutischen Effekt der Medikation in seinem Falle von Lungensyphilis berichtet.

Ich verfüge noch über einen dritten Fall von Lebersyphilis. Derselbe betrifft einen Patienten aus meiner Privatpraxis, bei welchem mehrere Jahre später, nach dem an chron. Uraemie erfolgten Tode die Richtigkeit meiner ursprünglichen Diagnose „Gummata hepatis" bestätigt wurde. Auch dieser Fall zeichnet sich durch einen mehr intermittierenden Fiebercharakter aus, wenngleich auch in den Morgenstunden keine absolut normalen Temperaturen erreicht wurden. Auch hier trat nach 5-tägigem Jodgebrauche ein Absinken des Fiebers zur Norm ein.

3. Fall. L. F. 32 a. n.

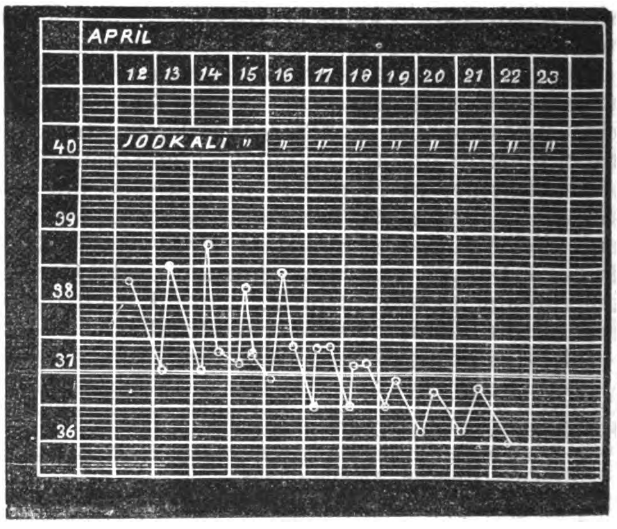
Patient konsultierte mich am 9. April. 1894.

Anamnese Luetische Infektion 1882. Behandlung nicht konsequent durchgeführt. Zur Zeit bestehen Klagen über ein dumpfes Schweregefühl in der Lebergegend, tägliche, meist abendliche Temperatursteigerung mit Frost beim Anstieg des Fiebers und Schweiss in der Nacht beim Abfall der Temperatur. Zunahme des Leibesumfanges.

Stat. praes. Schlechter Ernährungszustand, blasse Gesichtsfarbe. Deutlicher Aszites bis zu Nabelhöhe, grosse recht harte, nicht druckempfindliche Leber. Milz in rechter Seitenlage grob palpabel. Urin 1012 sauer enthält 2‰ Eiweiss und einzelne hyaline Zylinder. Temp. vergl. Kurve.

Diagnose: Lues hepatis vielleicht Amyloid

Ord.: Jodkali.



Nach 5-tägigem Jodgebrauche wird die Temperatur normal. Nachdem jedoch Jod wegen Jodismus eine Zeit lang ausgesetzt worden war, trat um den 7. Mai herum wieder Fieber (Morgens 37,2, Abends 38,2) ein. Doch sind zu der Zeit keine ausführlichen Temperaturnotizen gemacht worden. Bei weiterem Jod- und Quecksilbergebrauch wurde die Leber kleiner, der Aszites schwand, doch blieb die Milz nach wie vor gross und trat auch keine Aenderung in dem Urinbefunde auf.

In der weiteren Folge wurde jedoch die Leber wieder grösser und härter, auch die Milz immer derber, während das spezifische Gewicht des Harnes bei langsamem Rückgange des Albumingehaltes auf 0.75‰ immer niedriger wurde, schliesslich dauernd 1007—1005 erreichte. Es stellten sich Symptome einer chronischen Uraemie ein, welcher der Kranke im September des Jahres 1901 erlag. Bei der Sektion fanden sich in der Leber zahlreiche ins Gewebe eindringende Narben, Reste vorangegangener Gummata, chronische interstitielle Nephritis und Amyloid der parenchymatösen Organe (der Leber, Milz und der Nieren).

Allen diesen Fällen von Lues der Leber ist gemeinsam der fieberhafte Charakter des Leidens von meist intermittierendem Charakter und das prompte Absinken der Temperatur nach relativ kurzdauerndem, meist nur einige Tage währendem Gebrauche von Quecksilber und Jod. — Darin unterscheiden sich meine Fälle, wie gesagt, in nichts von den schon erwähnten Krankheitsfällen der Literatur. Doch ist Fieber bei der Syphilis der Leber — und daran muss erinnert werden, durchaus nicht eine conditio sine qua non. Es giebt bekanntlich auch nicht wenige Fälle, bei denen der luetische Prozess ohne eine irgend wie bemerkenswerte Temperatursteigerung sich abspielt.

Syphilis des Nervensystems.

Was die luetischen Erkrankungen cerebrospinaler Natur anbetrifft, so scheint die Meinung der meisten und kompetentesten Kliniker darauf hinauszulaufen, dass dieselben afebril verlaufen und sich dadurch gerade von den tuberkulösen Erkrankungen unterscheiden. Bezüglich der cerebrospinalen luetischen Meningitis sagt Oppenheim [9]) direkt, dass dieselbe meist mit normaler Temperatur einhergeht und nur in einigen wenigen Fällen nur wenig über die Norm gesteigerte Werte darbietet. Diesen gewichtigen Stimmen stehen aber doch in der Literatur einige Ausnahmen gegenüber, so berichtet Dorendorf [10]) über einige Fälle luetischer Affektion des Zentralnervensystems, die mit mehr oder minder hohem Fieber einhergingen, welches in typischer Weise oft nur durch paar Jodkaligaben und einige wenige Quecksilberschmierungen zum Schwinden gebracht wurde. Auch führt Bialocur [11]) paar Fälle auf, in denen die mit der Lues des Nervensystems in Beziehung stehende Temperatur nicht ganz niedrig war, sondern sogar 40° erreichte.

Um dieser Frage auf Grund eines eigenen Materials näher zu treten, habe ich eine Reihe von unzweifelhaften Fällen, welche an luetischen Erkrankungen des Hirns oder des Rückenmarkes litten aus dem Alexander-Hospital zusammengestellt und gefunden, dass allerdings die Mehrzahl der Fälle vollkommen afebril verläuft, dass sich aber unter den Krankengeschichten garnicht so wenige fanden, wo das Leiden mit mehr oder minder hohem Fieber — meist jedoch relativ geringer Temperatursteigerung verliet, die entschieden mit dem luetischen Prozesse und nicht etwa irgend einer anderen Fieber auslösenden Komplikation zusammenhing. Ich möchte solches dringend betonen, weil ich mit grosser Vorsicht nur sog. reine Fälle herausgesucht habe und jeden Fall ausschloss, wo vielleicht noch eine andere Erklärungsmöglichkeit für das Fieber vorlag, wie vereiterte Gummata, komplizierende Cystitis etc. und ferner deswegen, weil nach mehr oder weniger kurzer Zeit unter gleichzeitiger Besserung der Symptome bei einer Jod- und Quecksilberbehandlung das Fieber aufhörte.

Zunächst einige Fälle mit vorwiegender Beteiligung des Gehirns.

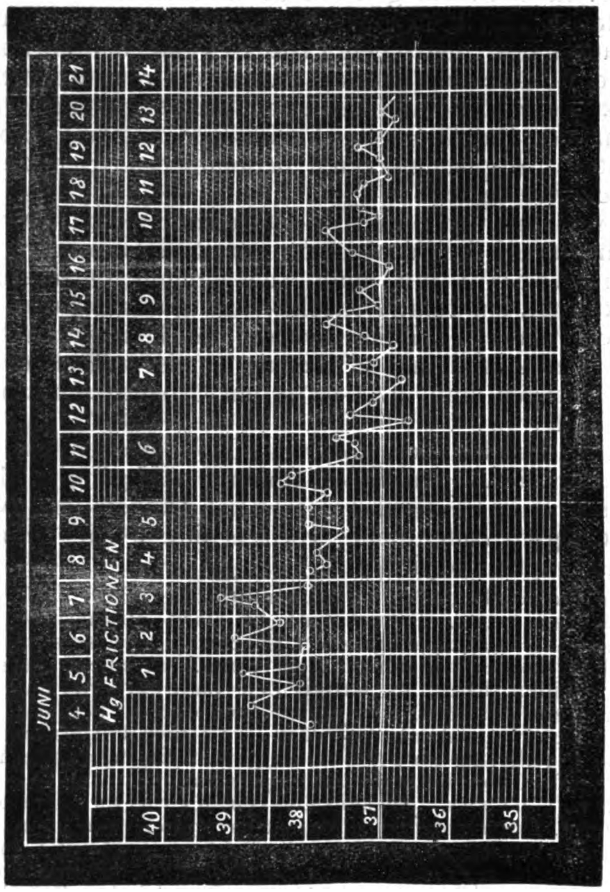
4. Fall. Abth. Dr. Taube.
W. S. 21 a. n. aufg. 4. Juni 1888.

Anamnese. Patient seit zwei Jahren erblindet. In den letzten 5 Tagen ist es der Umgebung des Pat. aufgefallen, dass er teilnahmlos wurde, fieberte und „Krämpfe" hatte.

Stat. praes. Pat. soporös, Pupillen mittelweit, reagieren nur schwach auf Lichteinfall. R. Facialis, r. Arm und das r. Bein paretisch. Zeitweise treten Krampfzustände im Bereiche der paretischen Körperhälfte ein.

Bis auf eine Zerstörung des knorpeligen Nasengerüstes keine Anzeichen für Syphilis.

Temperatur erhöht cf. Kurve.



Ord. Brom. Quecksilberfriktionen à 4,0 täglich.
5. 6. Sopor. Krämpfe in der rechten Körperhälfte.
8. Krämpfe seltener.
11. Sensorium freier, Krampfanfälle seltener.
15. Krämpfe wieder häufiger.
21. Krämpfe seltener.

24. Opthalmoskop. Befund: abgelaufene Neuritis beiderseits. Sehnervenatrophie. Auf den Papillen kleine Haemorrhagien.

26. Krämpfe seltener. Das rechte Bein kann gehoben werden und bleibt bei den Krämpfen unbeteiligt.

---

[9]) Oppenheim. Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 1898.
[10]) Dorendorf. Charitè Annalen. 1902.
[11]) Bialocur Medyzyna. 31, 1902, № 26—27.

28. Patient behält während der Krämpfe, die viel kürzere Zeit andauern, das Bewusstsein.
30. Sensorium recht klar.
2. J. Pat. bei klarem Bewusstsein, keine Krämpfe mehr, Paresen im Rückgange. Pat. ist im Stande herumzugehen, schleppt das rechte Bein nach.
14. Gebessert entlassen.

Es handelt sich in diesem Falle um einen jungen Mann von 21 Jahren, der infolge einer doppelseitigen Neuritis optica mit Atrophie des Sehnerven vor 2 Jahren erblindet, 5 Tage vor seinem Eintritt in das Hospital mit Bewusstlosigkeit an rechtsseitiger Hemiparese des Armes, des Beines und des Facialis in Verbindung mit epileptiformen Krämpfen im Bereiche der affizierten Hirnpartieen erkrankt war.

Ohne näher auf die Natur dieses Prozesses einzugehen dürften wir jedoch nicht fehlgehen, wenn wir in demselben eine Erkrankung luetischer Natur erblicken, wofür neben dem jugendlichen Alter des Pat. die charakteristische Zerstörung der Nase sprechen muss und dieselbe der Krämpfe wegen in die Hirnrinde selbst oder in ihre nächste Nähe verlegen. Eine auf diese Ueberlegung hin vorgenommene Quecksilbertherapie bewirkte nach der 6. Schmierung ein Absinken der Temperatur, die vorübergehend 39,2 erreicht hatte, fast bis zur Norm, zu gleicher Zeit auch einen Nachlass, später ein völliges Aufhören der Krämpfe, sowie einen Rückgang der Paresen.

Nach 40-tägigem Hospitalsaufenthalte konnte Pat. in wesentlich gebessertem Zustande mit leicht gestörtem Gehvermögen entlassen werden.

Im 5. Fall haben wir es zu tun mit einer Lokalisation des luetischen Prozesses an der Hirnbasis in der Nähe der Brücke. Parese d. r. n. trochlearis gekreuzte Extremitäten- und Facialislähmung. Differenz der Pupillenweite, beginnende Stauungspapille, heftige Kopfschmerzen, benommenes Sensorium, Nackensteifigkeit.

Auch hier trat nach Verabreichung von Natrium jodicum auf die Empfehlung von Ruhlmann[12]) und Edlefsen[13]) hin, und nach einigen Quecksilberfriktionen ein relativ rasches und gutes Resultat ein. Nach der 13. Friktion wurde die Temperatur, die bei der Aufnahme 38° betrug, meist zwischen 36,5 am Morgen und 37,5—37,8 am Abend schwankte, normal.

Um dieselbe Zeit hörte das Doppelsehen auf und wurde die Augenmuskellähmung rückgängig, dann wurde eine Besserung des Facialis konstatiert. Nach 44-tägigem Aufenthalte verliess Pat. leicht hemiparetisch das Hospital.

5. Fall. Pat. 27 a. n. Aufgen. 9. Juni. 1905.

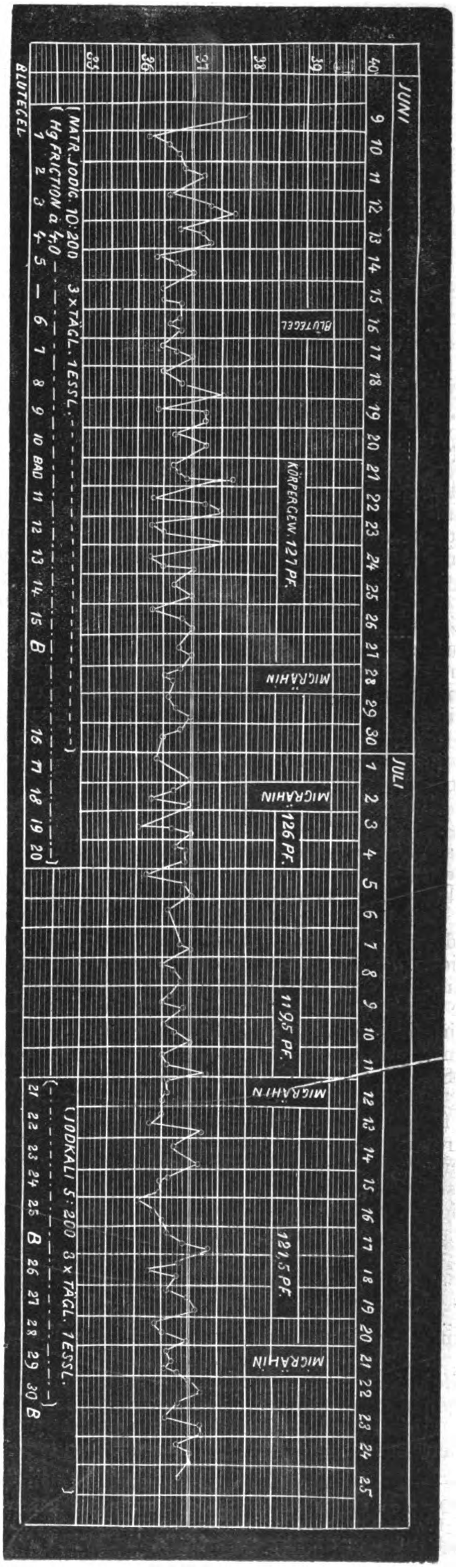
Anamnese. Patient wird in stark apathischem Zustande ins Hospital eingeliefert. Nachträglich liess sich feststellen, dass er vor einiger Zeit (wann?) an einem Ulcus penis gelitten hatte. In letzter Zeit hätte er viel an Kopfschmerzen laboriert, dazwischen auch doppelt gesehen. Am Tage des Hospitaleintrittes wäre er plötzlich hingefallen und hätte gleichzeitig im Bereich der ganzen linken Körperhälfte das Gefühl von Vertaubtsein empfunden.

Stat. praes. Nackensteifigkeit, Kernigs Phaenomen fehlend. Das rechte Auge weicht nach oben und innen ab. Rechte Pupille grösser als die linke, reagiert auf Licht. — Der untere r. Facialis vollständig gelähmt. Zunge weicht stark nach rechts ab. Linker Arm und linkes Bein leicht motorisch paretisch, linker Patellarreflex erhöht. P. 46—50, T° 38.0. Urin 0. B.

Therapie: Blutegel. Eis auf den Kopf.
Ung. ciner. 4,0 Natr. jodic 10:200.0 3×tgl. 1 Essl.
10. Juni. Pat. benommen, giebt aber auf Fragen deutlich Antwort. Starke Kopfschmerzen. Doppelsehen.
12. Starke Apathie. Stat. id. Rotierende Bewegungen des r. Auges.

[12]) Ruhlmann. Berl. Klin. Wochenschr. 1905, № 18.
[13]) Edlefsen. Berl. Klin. Wochenschr. 1906, № 6.

15. Dr. Blessig. Auf der Netzhaut des r. Auges starke venöse Hyperaemie. Papillengrenzen verwischt (beginnende Stauungspapille) Parese d. r. n. trochlearis.



20, Kopfschmerzen geringer. Pat. fühlt sich besser, ist ganz klar, doch besteht noch Nackensteifigkeit und Doppelsehen. Nystagmus geringer.

22. Dr. Blessig. Pupillendifferenz geringer. Grenzen der Papille weniger verwischt. Nystagmus geringer. Venöse Hyperaemie der Retinalgefässe noch vorhanden. Trochlearis weniger paretisch.

24. Facialisparalyse im Rückgang. Parese des linken Armes und linken Beines unverändert. Patellarreflex l. deutlich gegenüber rechts erhöht. Sensibilität unverändert.

28. Starkes Kopfweh. Gang nur mit Unterstützung möglich, wobei das linke Bein stark nachgeschleppt wird.

29. Dr. Blessig. Wesentliche Besserung des Augenbefundes. Augenaxen fast parallel. Kein Doppelsehen.

4. Juli. Stomatitis. Kopfweh.

14. Zunahme der motorischen Kraft der linken Extremitäten. Keine Kopfschmerzen mehr.

25. Pat. wird mit normalem Augenbefund aber noch starker Parese der Extremitäten entlassen.

Im Fall 6 liegt ein Sektionsprotokoll vor, welches in seiner anatomischen Diagnose lautet: Endarteritis und Periarteritis syphil. der Art. cerebri post. beiderseits mit Verbackung besonders mit dem linken Oculomotorius. Hochgradiger Hydrocephalus der Hirnventrikel und der Subarachnoidalräume des Hirns und Rückenmarkes. Multiple lobul. Pneumonie der rechten Lunge, parenchymatöse Trübung der Organe.

Die von diesem pathologisch-anatomischen Vorgange abhängigen Symptome bestanden intra vitam in Ptose des linken Augenlides, Parese beider Nn. abducentes, beider Nn. faciales und anscheinend des linken Acusticus, völliger motorischer Paralyse des linken Beines und Parese des rechten, Blaseninkontinenz. Nackenstarre, heftigem Kopfweh, Nacken- und Rückenschmerzen, sowie Trübung des Bewusstseins. Die Temperaturkurve zeigte abendliche Temperatursteigerungen bis über 38°; nach der 7. Friktion findet sich ein Tag mit fast normaler Temperatur 36,7—37,2 doch steigt am nächsten Tage das Fieber wieder an, was mit der Entwickelung einer Pneumonie in Zusammenhang gebracht werden muss, die schliesslich auch den Exitus des Pat. zur Folge hatte.

Es fehlt uns zwar in diesem Falle das therapeutische Experiment denn der fast normalen Temperatur nach der 7. Friktion wage ich keine zu grosse Bedeutung beizumessen, doch erscheint mir der anatomische Befund so eindeutig, dass kaum ein Zweifel an dem Zusammenhange des Fiebers mit den gefundenen anatomischen Veränderungen aufkommen dürfte.

6. Fall. S. D. 40 a. n. aufg. 19. Januar 1892.

Anamnese. Pat. acquirierte im März 1891 Syphilis, wurde mit 40 Friktionen bis Ende Dezember behandelt. Am 27. Dezember, also gleich nach Beendigung der Kur traten Rücken- und Gürtelschmerzen auf in Verbindung mit einer bedeutenden Schwäche in den Beinen, welche zu völligem Unvermögen des Pat. zum Gehen führte. Seit dem 10. Januar besteht Harnträufeln.

Stat. praes. Ptose des linken Augenlides. Beide Nn. faciales paretisch, desgleichen beide Nn. abducentes. Pupillen reagieren normal. Augenhintergrund normal, Hörvermögen beiderseits, links mehr als rechts herabgesetzt. Die Zunge wird gerade vorgestreckt, Uvula weicht leicht nach links ab. Angeredet reagiert Pat. nur träge, spricht wenig, monoton und undeutlich. Es besteht deutlich Nackenstarre, aufgesetzt klagt Pat. über heftige Schmerzen im Rücken und den Beinen. Motilität und Sensibilität der Arme unverändert. Das linke Bein vollständig motorisch gelähmt, das rechte paretisch. Sehnenreflexe beiderseits vorhanden, aber abgeschwächt. Rechterseits Sensibilität anscheinend vermindert.

Es besteht Blaseninkontinenz.

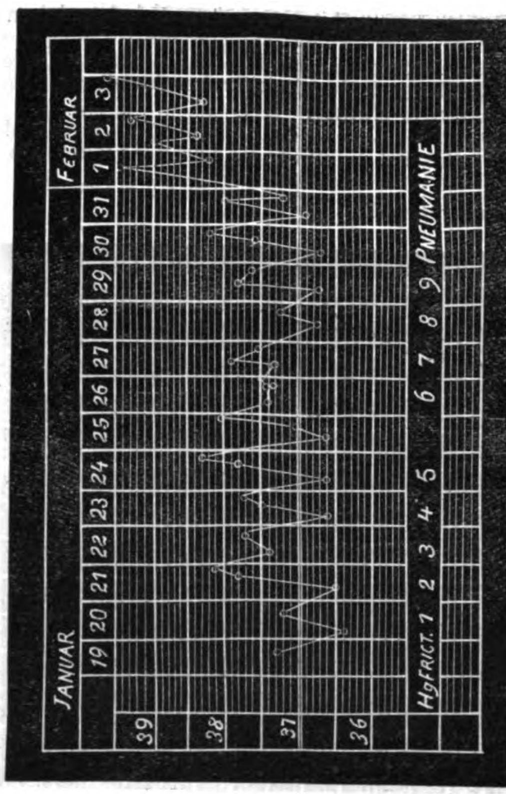
Urin normal.

Uebrige Organe anscheinend o. B.

20, Januar. Pat. somnolent, lässt Kot unter sich.

21. Parese des rechten Beines im Zunehmen.

23. Sprache undeutlich, linker Arm paretisch, das rechte Bein stärker paretisch, daselbst deutliche Abnahme der Schmerzempfindung gegen Stiche.



26. Ptose des linken Auges stärker, auch hat die Parese des linken Armes und des rechten Beines zugenommen. Rechte Pupille weiter als die linke.

29. Sprache noch undeutlich. Am Kreuzbein Dekubituss

30. Oberer Facialis links paretisch. Die Stirn wird nicht gerunzelt.

1. Februar. Pneumonie r. h. u.

3. 2. Exitus letalis.

Anatomische Sektionsdiagnose. Endarteriitis und Periarteriitis syph. Art. cerebri post. beiderseits und Verbackung mit dem l. Oculomotorius. Hochgradiger Hydrocephalus der Hirnventrikel und der Subarachnoidalräume des Hirns und Rückenmarkes. Multiple lobuläre Pneumonie der rechten Lunge. Parenchymatöse Trübung des Myokards des linken Ventrikels.

Venöse Hyperaemie der Unterleibsorgane.

Der nächste Fall 7. betrifft einen 41 jährigen Patienten, welcher vor 6 Jahren luetisch infiziert wegen Nackenschmerzen, Schmerzen in den Beinen, leichter Ermüdbarkeit der unteren Extremitäten mit zuweilen auftretenden Zuckungen in denselben und Kriebeln in den Händen im Alexander-Hospital aufgenommen wurde. Objektiv fanden sich ungleiche Pupillen mit paradoxer Reaktion rechts, Parese des rechten Facialis, Abweichen der Zunge nach rechts Romberg, fehlender Patellarreflex links.

Im Rachen eine Ulzeration sowie Tophi an beiden Tibiae. Das Herz war dilatiert und inkompensiert. Bei einer Therapie, die in täglichen Quecksilberfriktionen, Jodkali- und Digitalisverordnung bestand, wurde die leichte Febris continua remittens, die anfangs sich zwischen 37,1 und 87,7 bewegte, vom 6. Tage ab normal. Patient konnte bei weiterem Gebrauch der begonnenen Therapie am 43. Tage nach seinem Hospitalseintritte entlassen werden.

7. Fall. W. W. 41 a. n. 16. Februar 1902.

Anamnese. Vor 6 Jahren Infektion mit Lues. Alkoholismus.

Seit Anfang Januar fühlt sich Patient krank, klagt über Nackenschmerzen, Schmerzen in den Beinen, leichte Ermüdbarkeit der unteren Extremitäten, sowie Zuckungen in denselben, Kriebeln in den Händen.

Stat. praes. Pupillen ungleich, die rechte grösser als die linke, links Pupillenreaktion normal, rechts paradox rechte Facialis paretisch, Zunge nach rechts abweichend, deutlicher Romberg, Patellarreflex rechts vorhanden, aber schwach, links fehlend.

Im Rachen eine Ulzeration. An den Tibiae Tophi.

Herz dilatiert.

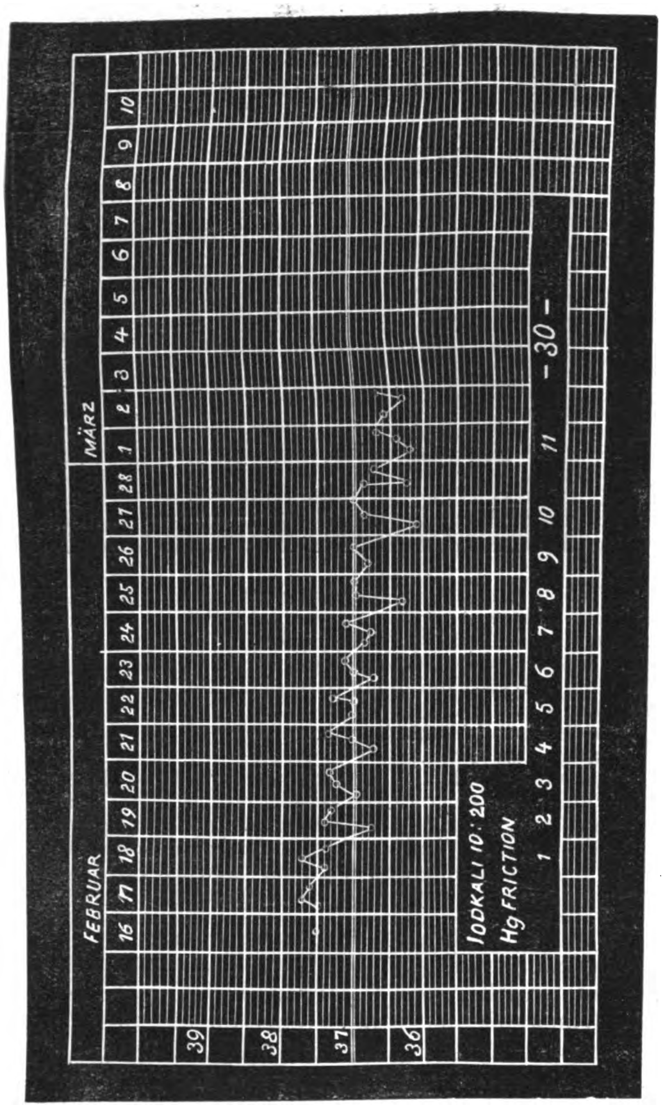
Leber vergrössert bis an den Nabel reichend, Milz palpabel.

Aszites bis Nabelhöhe. Oedem der unteren Extremitäten.

Urin 1015 alkalisch durch amorphes harnsaures Na getrübt, frei v. Albumen u. Zucker.

Diagnose: Lues cerebrospinalis. Myodegeneratio cordis mit Störung der Kompensation.

Temperatur erhöht.



Ord. Jodkali. Quecksilberfriktionen. Digitalisinfus. 1:200.
25. Februar Nach der 6. Friktion Temperatur normal.
3. März Kompensation hergestellt!
31. März Patient gebessert entlassen.

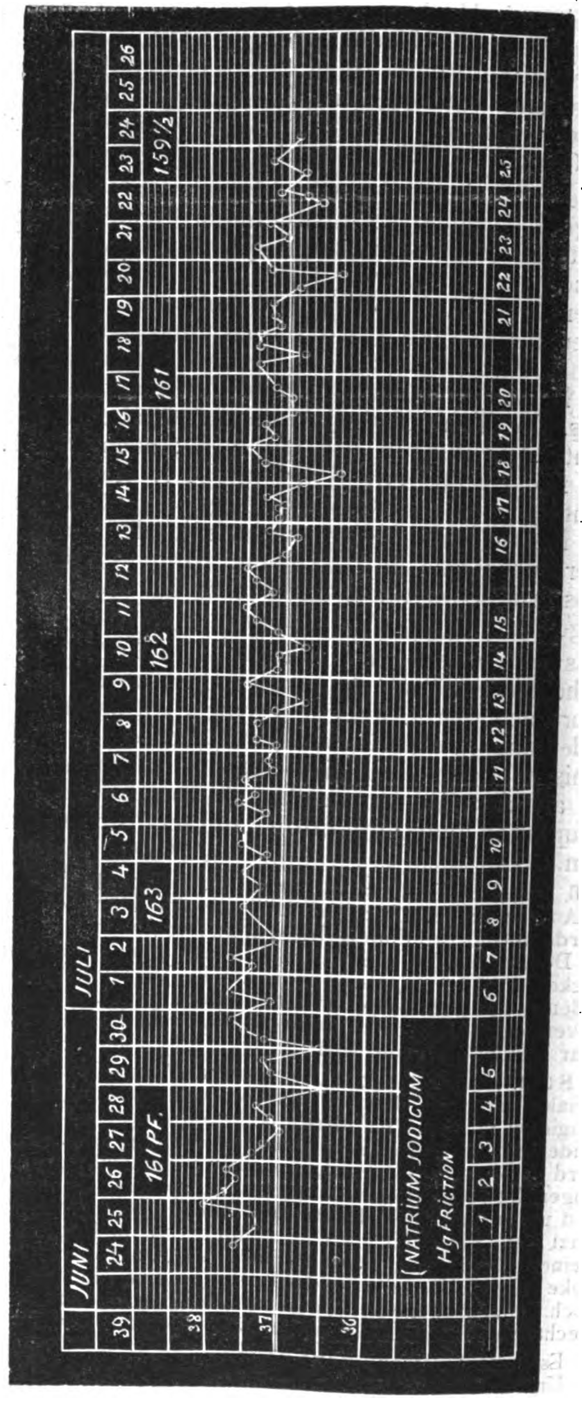
Es folgen nunmehr einige Fälle von Myelitis luetica, bei denen gleichfalls Fieber vorhanden war, welches mit Besserung des Leidens prompt einer spezifischen Therapie gewichen ist.

Der 8. Fall betrifft einen 30-jährigen Patienten, der 9 Jahre nach der luetischen Infektion an Paraesthesien am Rumpf und Rücken, an Vertaubungsgefühl, Gefühlslosigkeit und motorischer Schwäche der Beine in Verbindung mit spastischen Erscheinungen in denselben, sowie an erschwerter Miktion erkrankte. Objektiv liess sich konstatieren: Unvermögen zu gehen, Ataxie, Analgesie nnd Subaesthesie der unteren Körperhälfte vom Nabel abwärts, motorische Paraparese der Beine, Steigerung der Patellarreflexe und Fussklonus. Die Körpertemperatur war bei der Aufnahme erhöht, erreichte am Abend 38° und nahm dann unter der Behandlung mit Natrium jodicum und Quecksilberfriktionen allmählig ab, um nach der 23. Friktion ganz normal zu werden. Eine Besserung des Befindens konnte schon früher nach der 12. Friktion konstatiert werden und nahm dann stetig bis zur Entlassung des Pat. in wesentlich gebessertem, allerdings noch paretischem Zustande zu.

8. Fall. S. S. 30 a. n. aufg. 24. Juni. 05.

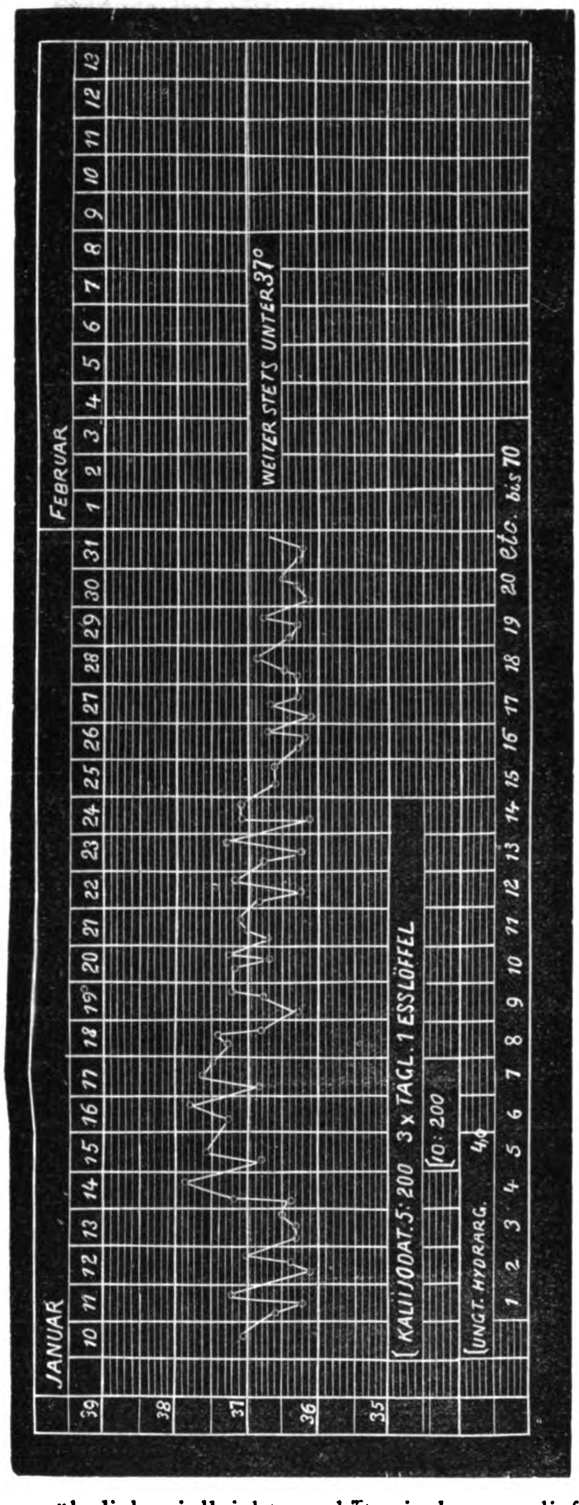
Anamnese. Pat. vor 9 Jahren luetisch infiziert, hat zu verschiedenen Malen antisyphilitische Kuren durchgemacht. Vor 2—3 Monaten erkrankte er an Paraesthesien am Rumpf und Rücken und Abtaubungsgefühl in den unteren Extremitäten. Seit 3 Wochen Gefühllosigkeit in den Beinen und zunehmende motorische Schwäche derselben, verbunden mit unwillkürlichen krampfhaften Kontraktionen, die mehrere Minuten andauern und dann langsam nachlassen. Zeitweise erschwerte Harnentleerung.

Stat. praes. Normale Pupillen. Gang ohne Hülfe kaum möglich. Starke Ataxie. Motorische Paraparese der Beine. Deutlich ausgesprochene Analgesie und Subaesthesie der unteren Körperhälfte vom Nabel nach abwärts. Unterhalb der Kniee Störung der Wärmeapperzeption. Kremasterreflex und Bauchdeckenreflex so gut wie fehlend. Patellarreflexe bedeutend erhöht. Fussklonus. Urin normal. Temperatur erhöht.



Ord. Natrii jodic. Ungt. hydrarg. cin. 4.0.
5. Juli Pat. giebt an mehr Gefühl in den Füssen zu haben, auch haben die krampfhaften Kontraktionen der Beine an Intensivität nachgelassen. Im objektiven Status keine Aenderung zu konstatieren.

15. Pat. fühlt sich subjektiv kräftiger. Die Zuckungen treten wesentlich seltener auf.
20. Besserung der Sensibilität, doch besteht noch eine wesentliche Abschwächung der Empfindung für warm und kalt.
8. August Sensibilität fast normal.
10. Paraesthesien in den Beinen. Die spastischen Zustände haben ganz aufgehört.
30. Keine Sensibilitätsstörung mehr. Keinerlei spastische Kontraktionen. Keinerlei Blasenstörung. Motorische Paraparese besser.
10. September Pat. verlässt das Bett.
15. Pat. ist im Stande zu gehen.
25. Wesentliche Zunahme des Gehvermögens.
4. Oktober Keinerlei Sensibilitätsstörung mehr, motorische Kraft der Beine vermindert. Gang spastisch paretisch. Leichter Romberg. Patellarreflexe beiderseits erhöht, rechts Fussklonus, links nicht mehr.
5. Oktober Pat. entlasser.



Ganz ähnlich, vielleicht noch typischer, verlief der 9. Fall, welcher einen 27-jährigen Franzosen betrifft, welcher 3 Jahre nach der Infektion an Retentio urinae und Incontinentia urinae und starker motorischer Schwäche der unteren Extremitäten erkrankte. Der Gang des Patienten war schwankend, der Patellarreflex rechts normal, links, wo die stärkere Parese bestand wesentlich erhöht, links fand sich B a b i n s k i und F u s s k l o n u s. Temperatur bis 38° erhöht, sank bei Jodkali- und Quecksilberbehandlung sukzessive ab und blieb nach der 14. Friktion normal, unter 37,0°.

Ungefähr um dieselbe Zeit liess sich auch die erste Besserung im Befinden konstatieren, so dass Pat. mit normal funktionierender Blase und recht leidlichem Gehvermögen nach beendeter Kur (70 Friktionen) entlassen werden konnte. Er hatte die Absicht seine Behandlung in Frankreich fortzusetzen.

9. F a l l. G. M. 27 a. n. aufg. 10. Januar 1904.
A n a m n e s e. Vor 3 Jahren luetische Infektion. Injektionskur. Seit 3 Wochen mit einander abwechselnd Retentio und Incontinentia urinae und starke Schwäche der unteren Extremitäten. Keinerlei Schmerzen, kein Doppelsehen.
S t a t. p r a e s. Pupillen normal. Gang des Patienten unsicher, stark schwankend. Andeutung von R o m b e r g. Patellarreflex rechts lebhaft, links Fussklonus und B a b i n s k i. Grosse Abschwächung der motorischen Kraft beider Beine, besonders links. Keinerlei Sensibilitätsstörung.
Urin 0. B. Temperatur erhöht.
Ord. Jodkali 5:200 3×tgl. 1 Essl.
Ungt hydrarg. cin. zu 4.0
V e r l a u f.
19. Jan. Im Allgemeinen Stat. id., doch ist der Patellarreflex nunmehr auch rechts erhöht und ist neben Babinski Fussklonus auch rechts aufgetreten.
21. Jan. Pat. muss jetzt beständig Harn lassen, fühlt das Harnbedürfniss, ist jedoch nicht im Stande den Harn zurückzuhalten. Paraesthesien in den unteren Extremitäten (Ameisenkriechen).
22. Jan. Häufige Erektion.
28. Jan. Beginn einer Besserung. Die Harnentleerung erfolgt besser. Zunahme der motorischen Kraft der Beine. Reflexe stark erhöht. Fussklonus. Babinski.
2. Febr. Die Besserung schreitet fort. Harnentleerung normal.
5. Febr. Fortschreitende Besserung. Pat. ist im Stande zu gehen.
13. Febr. Harn trübe — frei von Eiweiss, enthält reichliche Leukozyten.
Ord. Urotropin.
25. Febr. Harn klar, keinerlei Miktionsbeschwerden.
2. März Motorische Kraft im Zunehmen. Beiderseits erhöhte Patellarreflexe. Fussklonus. B a b i n s k i l.
25. März Beim Gehen wird das linke Bein noch nachgeschleppt. Harnentleerung so gut wie normal.
26. März Pat. wird auf seinen Wunsch sehr wesentlich gebessert entlassen, will in ein Schwefelbad in Frankreich gehen.

Der 10. Fall wurde im Hospital aufgenommen weil bei ihm 2 Jahre nach der luetischen Infektion Kriebeln und Schwäche beider Beine mit Erschwerung des Gehvermögens mit verminderter Potenz und erschwerter Blasenentleerung eingetreten war.

Der Gang des Patienten bot wenig charakteristisches, es bestand geringe motorische Paraparese der Beine mit erhöhtem Patellarreflex und Fussklonus. Die Sensibilität war bis auf einen kleinen hypaesthetischen Bezirk im Bereiche der linken Glutaealregion normal.

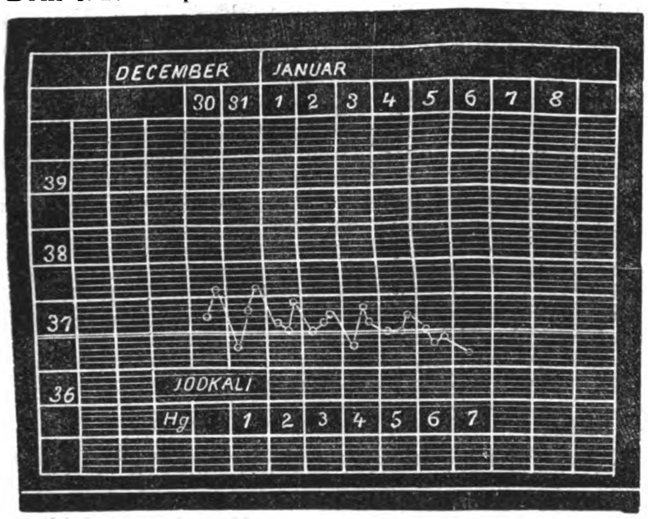
Die Temperatur war bei der Aufnahme des Pat. leicht erhöht, am Morgen etwas über 37,0 abends 37,6. Bei Jodkaligebrauch und Quecksilberschmierungen sank sie vom 6. Tage an unter 37,0. Da Patient auf eigenen Wunsch das Hospital verliess, so fehlt mir das Kriterium des weiteren Verlaufes.

10. F a l l. W. B. 46 a. n. aufg. 30. Dezember 1902.
A n a m n e s e. 1900 Ulcus penis, welches rasch abheilte und ärztlicherseits als molle erklärt wurde. Darnach rote Flecken, an den Handtellern (Psoriasis), die angeblich in 3 Tagen vergingen. 1901 Pharynxaffektion, welche von einzelnen Kollegen als nicht luetisch angesehen wurde, während wiederum andere Aerzte dieselbe für syphilitisch ansprachen und dem Pat. eine Schmierkur empfahlen. Doch hat dieser nicht mehr als 8 Friktionen gemacht.

Seit einem Monat Kriebeln und Schwäche beider Beine, die allmählig zunahm und das Gehen erschwerte. Gleichzeitig traten auch Blasenbeschwerden ein, insofern als Pat. beim Urinieren stark pressen musste. Potenz seit 2 Jahren vermindert.

Stat. praes. Kräftig gebauter Mann. Keine Drüsenschwellungen. Ganz ohne charakteristische Merkmale. Muskulatur schlaff. Keine Ataxie, kein Romberg. Pupillen normal. Geringe motorische Paraparese der unteren Extremitäten. Sensibilität bis auf einen kleinen hypaesthetischen Bezirk der linken Glutaealregion normal. Patellarreflexe erhöht, Andeutung von Klonus. Plantarreflexe erhöht. Kein Babinski. Cremasterreflex r. stärker als l. Bauchdeckenreflex schwach. Muskelgefühl normal. Keine Caudasymptome.

Urin O. B. Temperatur erhöht.



Diagnose
Myelitis luetica.

Pat. wurde ohne wesentliche Veränderung auf seinen Wunsch nach 8 tägigem Spitalaufenthalte entlassen. Während desselben erhielt er täglich Jodkali 10:200 u. 7 Quecksilberfriktionen.

Fall 11. Nachdem Patient, ein junger Mann von 30 Jahren, sich vor 2 Jahren infiziert hatte und mit 60 Friktionen behandelt worden war, tritt im September 1904 vorübergehend Doppelsehen und im November für einige Tage erschwertes Urinieren ein. Darauf wird der Kranke 3 Tage vor seinem Eintritt in das Alexander-Hospital von einer motorischen Paraparese der Beine befallen, welche mit einer starken Steigerung der Patellarreflexe und mit Fussklonus einhergeht, sich sonst aber weder mit Sensibilitätsstörung noch irgend einer Aenderung der Blasen- oder Mastdarmfunktion kombiniert. Zur Zeit des Eintrittes des Pat. am 9. Dezember 1904 ist seine Körpertemperatar erhöht (bis 37,9). Nach 19-tägiger Behandlung mit Jod in mittelgrossen Gaben und nach Anwendung von 15 Quecksilberschmierungen wird die Temperatur am 27. Dezember normal, nachdem schon vom 15. Dezember ab normale Morgentemperaturen notiert wurden. Am 3. Januar lässt sich die erste deutliche Besserung des Spinalleidens konstatieren, welche hierauf rasche Fortschritte macht, so dass Pat. am 10. März 1905 in vorzüglich gebessertem Zustande entlassen werden kann.

Der Zusammenhang des Fiebers mit dem Leiden und sein Verschwinden durch die eingeschlagene Behandlung ist in diesem Falle recht in die Augen springend.

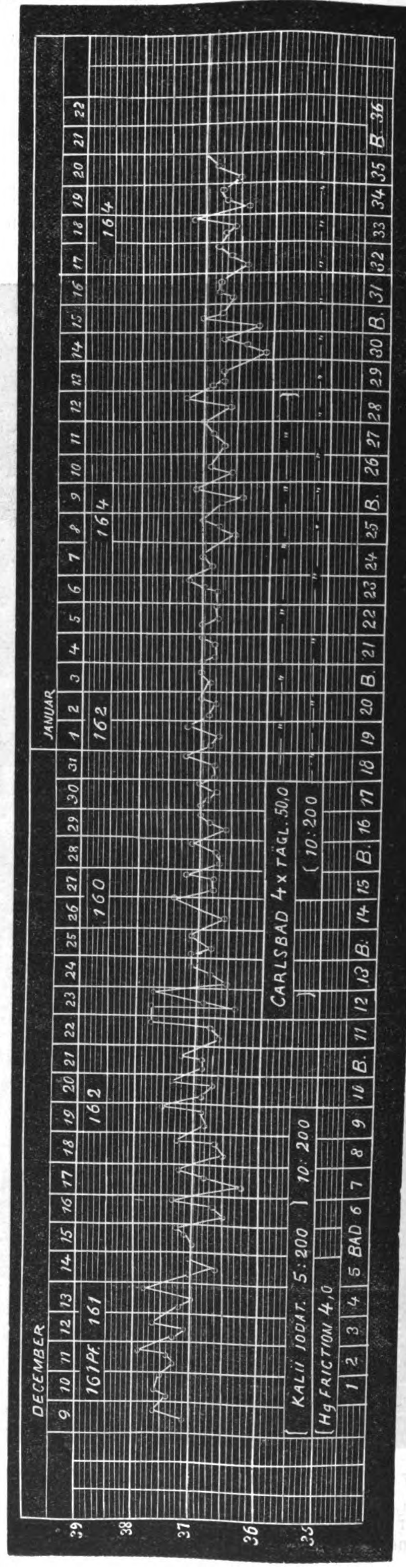
11. Fall. G. A. 30 a. n. aufg. 9. Dezember 1904.

Anamnese. Pat. vor 2 Jahren an Lues erkrankt mit 60 Friktionen behandelt. Im September a. c. kurze Zeit Doppelsehen. Vor 2 Wochen einige Tage lang erschwertes Urinieren. Seit 3 Tagen Schwächegefühl in beiden Beinen und leichte Schmerzen zwischen den Schulterblättern. Kein Gürtelgefühl.

Stat. praes. Pupillen normal. Spastischparetischer Gang, wobei namentlich das rechte Bein nachgeschleppt wird. Motorische Kraft beider unteren Extremitäten herabgesetzt. Sensibilität normal Muskelsinn gestört, Romberg positiv, Patellarreflexe beiderseits stark erhöht, desgleichen beiderseits Fussklonus. Kremaster- und Bauchdeckenreflex fehlend. Wirbelsäule nirgends empfindlich. Zur Zeit keine Blasen- und Mastdarmstörung.

Harn O. B.

Temperatur erhöht.



Ord. Jodkali anfangs 5 : 200, später 10 : 200 3 mal tgl. 1 Essl.
Ungt. hydrarg. ciner. 4.0 pro die.

Verlauf.

23. Dezember l. Pupille weiter als die r. Jedoch reagieren beide Pupillen normal.

3. Januar 1905 Pupillen beiderseits gleich. Zunahme der motorischen Kraft beider Beine. Gang deutlich spastisch u. paretisch. aber fester als bei der Aufnahme des Pat.

30. Januar. Bedeutende Besserung der motorischen Funktion beider Beine.

10. Februar Weitere Besserung.

10. März. Pat. wesentlich gebessert entlassen. Will die Behandlung zu Hause fortsetzen.

Sehr überzeugend für den Zusammenhang des Fiebers und der Syphilis ist der nächste 12 Fall.

Es handelt sich hierbei um einen Patienten von 26 Jahren welcher ein Jahr nach seiner Infektion an zerebrospinaler Lues mit Abducenslähmung, heftigem Kopfweh, Gürtelschmerzen, motorischer Paraparese der Beine und Blasenparese in Verbindung mit einem unregelmässigen Fieber bis zu 38. 4 erkrankte und 3 Wochen nach Beginn der Erkrankung in Behandlung trat

Diese wird mit kräftigen Jodkaligaben und mit Quecksilberfriktionen eingeleitet. Nach der 9. Friktion kann die erste Besserung notiert werden, welche sich in einer Zunahme der motorischen Funktion der Beine und einer Abnahme der Kopfschmerzen äussert. Von diesem Tage ab wird auch die Temperatur normal und übersteigt nicht 37,0°. Bei der weiteren Behandlung nimmt die Besserung fortschreitend zu, so dass Pat. das Bett verlassen und im Zimmer herumgehen kann.

Am 12. Sept. werden nach 40 Friktionen die Schmierungen ausgesetzt, doch tritt schon am 26. Sept. Gürtelgefühl auf. Es gesellen sich dazu: eine Sensibilitätsparese der linken Körperhälfte von der 6-ten Rippe nach abwärts und eine rasch zunehmende motorische fast komplete Lähmung des rechten Beines, also eine Myelitis mit Brown-Sequardschem Typus.

Gleichzeitig haben wir wieder einen Anstieg der Körpertemperatur, der allerdings an keinem Tage 37.4 übersteigt, sich um 37.2—37.3 herumbewegt.

Am 2. Okt. wird wieder die antisyphilitische Behandlung begonnen, als deren Effekt am 20. Okt. nach 14 Friktionen die erste Besserung verzeichnet werden kann. Dieselbe schreitet, nachdem auch die Temperatur um die gleiche Zeit normal geworden war, gradatim vor und führt zur Entlassung des Pat. in wesentlich gebessertem arbeitsfähigem Zustande. Im Ganzen ist Pat. im Hospital an 119 Tagen geschmiert worden.

12. Fall. M. B. 26 a. n. aufg. 24. Juli 1903.

Anamnese. Pat. vor einem Jahre luetisch infiziert, ist mit Quecksilberinjektionen und mit Jod innerlich behandelt worden. Vor 3 Wochen erkrankte er an überaus heftigen, Tag und Nacht andauernden Kopfschmerzen, Gürtelschmerzen der Brust. Doppelsehen und zunehmender motorischer Schwäche der unteren Extremitäten, sowie temporärer Harnverhaltung. Stuhl nur mit Abführmitteln.

Stat. praes. Pupillen gleich weit, normal reagierend, leichte Abducenslähmung. Starke motorische Schwäche der Beine, Pat. kalnn nicht gehen, kaum stehen. Romberg positiv. Pateltarreflexe bedeutend erhöht, links stärker als rechts, leicher Fussklonus. Keinerlei Sensibilitätsstörung. Blase am Nabel. Urin 0. B.

Temperatur erhöht.

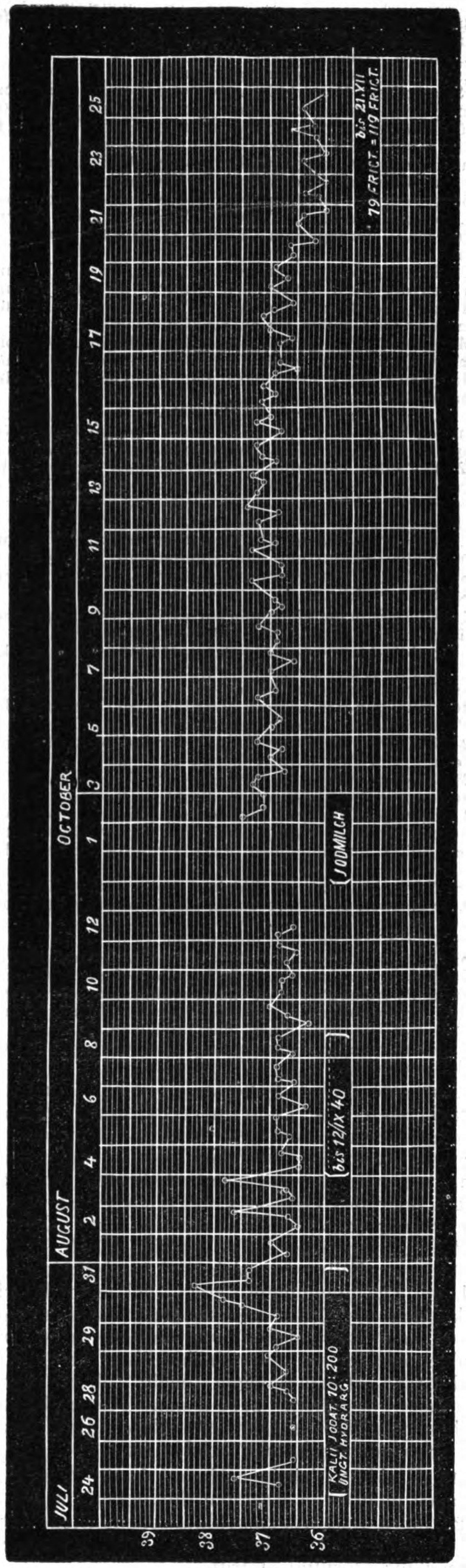
Ord. Jodkali 10 : 200.
Ungt. hydrarg. 4.0.

28. Juli. Immer heftiges Kopfweh, Pat. daher schlaflos.

30. Kopfweh etwas geringer. Gürtelgefühl, sehr erschwerte Harnentleerung.

1. August. Erbrechen vom Charakter einer gastrischen Krise,

3. August. Beginnende Besserung, welche sich in einer Zunahme der motorischen Kraft der Beine und Abnahme der Kopfschmerzen äussert. Objektiv. Status unverändert.



13. August. Pat. ist im Stande das Bett zu verlassen und einige Schritte zu gehn. Es besteht jedoch noch leichte Ab-

duzenslähmung, zeitweise Doppelsehen und Gürtelgefühl. Patellarreflexe erhöht, Fussklonus.

23. August. Gang kräftiger.

31. August. Kein Doppelsehen mehr.

6. September. Doppelsehen bei einer ganz bestimmten Augenstellung, namentlich, wenn Pat. nach unten sieht. Gürtelgefühl. Gelegentlich Abtaubungsgefühl in den Beinen. Pat. kann im Zimmer herumgehn, jedoch ist ihm das Stehen auf einem Bein nicht möglich. Keine Sensibilitätsstörung der Beine objektiv zu konstatieren. Es besteht jedoch nach wie vor Steigerung der Patellarreflexe und Fussklonus beiderseits.

26. Septbr. Gürtelgefühl, starke Schmerzen im Bereiche der unteren Thoraxpartien. Einige Interkostalräume druckempfindlich.

28. Septbr. Gefühl von Vertaubtsein, das sich symmetrisch von der 6-ten Rippe nach abwärts bis zum Poupart schen Bande erstreckt und hinten gleichfalls von der 6-ten Rippe beginnend rechts bis an die Glutaealregion, links bis zur Mitte des Oberschenkels hin sich ausbreitet. Sensibilität in diesem Bezirk vollständig erhalten. Beiderseits erhöhte Patellarreflexe und Fussklonus. Bauchdeckenreflex fehlend. Kremasterreflexe normal.

2. Oktober. Interkostalneuralgien haben an Intensität zugenommen und sind besonders stark in den späten Nachmittags- und Nachtstunden. Heute zum ersten Male nach langer Zeit wieder Unvermögen den Harn zu lassen, auch ist linkerseits im Bereiche der Parasthesie bis zur Mitte des Oberschenkels Analgesie eingetreten, während rechterseits eher Hyperaesthesie zu konstatieren ist.

4. Oktober. Zunahme der Analgesie, welche sich nunmehr fast über den linken Ober- und Unterschenkel erstreckt.

Stuhl- und Harnentleerung äusserst erschwert, heftige Interkostalneuralgien.

8. Oktober. Schwächegefühl im rechten Bein, dasselbe ist paretisch, kann nur mit Mühe gehoben werden.

9. Oktober. Ausgesprochene Parese des rechten Beines, komplete Analgesie der linken Körperhälfte, die von den unteren Rippen beginnt und sich bis zu den Zehen erstreckt, genau mit der Mitellinie des Körpers abschliesst und die linke Hälfte des Penis und des Skrotums einschliesst.

20. Oktober. Die obere Grenze der Analgesie rückt tiefer, das rechte Bein kann leicht gehoben werden.

28. Oktober. Weitere Abnahme der Analgesie und Zunahme der motorischen Kraft des rechten Beines.

3. November. Analgesie nur noch auf einen kleinen Bezirk beschränkt. Andeutung von Gürtelgefühl. Motorische Kraft des rechten Beines im Zunehmen. Patellarreflexe bedeutend erhöht. Fussklonus.

28. November. Pat. im Stande zu gehn. Sensitilität normal.

2. Dezember. R. Pupille weiter als l., doch reagieren beide Pupillen gut.

13. Dezember. Pupillen gleich weit.

26. Dezember. Bei der Entlassung des Pat. ist notiert. Pupillen gleich weit, reagieren normal. Kein Doppelsehen. Keine Augenmuskellähmung. Pat. ist im Stande recht sicher herumzugehn, doch ist die motorische Kraft des rechten Beines deutlich schwächer als die des linken. Patellarreflexe bedeutend erhöht. Bis auf eine leise Andeutung von Gürtelgefühl keine Sensibilitätsstörung.

Auf eine Wiedergabe weiterer Fälle luetischer Erkrankungen des Zentralnervensystems verzichte ich, einerseits um den Leser nicht zu ermüden, andererseits weil bei denselben durch anderweitige Komplikationen wie ulzerierte Gummen der Extremitäten oder des Gaumens ev. mit Cystitis der Zusammenhang des Fiebers mit der Lues nicht einwandfrei zu beweisen ist. Ich hoffe jedoch, dass die angeführten Fälle an sich schon hinreichen um solchen Zusammenhang auch bei syphilitischen Affektionen des Zentralnervensystems zu bestätigen. Ich erlaube mir daher nur anhangsweise einige Krankengeschichten mitzutheilen, welche tertiäre syphilitische Erkrankungen mehr oberflächlicher Organteile betreffen, bei denen Fieber bestand, welches gleichfalls anscheinend durch die Therapie zum Schwinden gebracht worden ist.

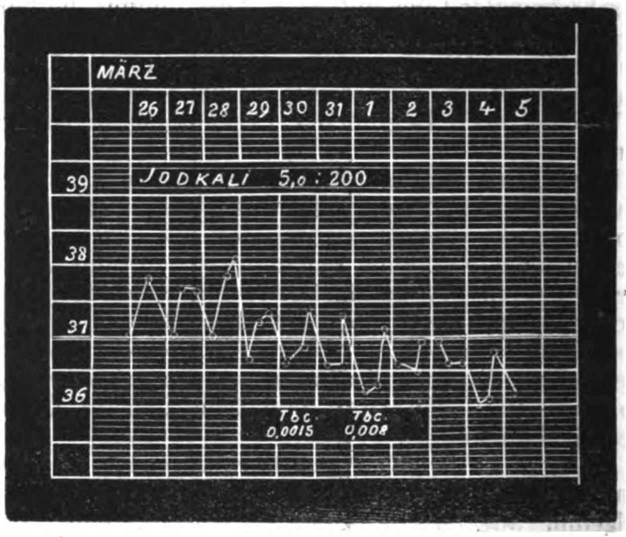
13. Fall. 42-jähriger Mann, der 1883 an Lues erkrankt, mehrfache Rezidive durchgemacht hat und am 26. März 1891 wegen syphilitischem Ulcus der einen Tonsille mit Uebergreifen auf den weichen Gaumen ins Hospital eintritt.

Da der Fall vielleicht nicht ganz einwandfrei war, so erhielt er 2 Tuberkulininjektionen, die weder eine allgemeine noch lokale Reaktion gaben. Beim Eintritt des Pat. bestand leichtes Fieber. Nach 7-tägigem Jodkaligebrauche sank dasselbe zur Norm ab.

Am 5. April konnte Pat. mit vernarbtem Rachengeschwür und normaler Temperatur entlassen werden.

Anamnese 1883 an Lues erkrankt. Inunktionskur. 1 Jahr darauf Rezidiv. Psoriasis palm. syph. Impetigo syph. Erneute Friktionen, die nach einem 1/2 Jahre wiederholt werden. Im Febr. a. c. Angina. Seit einer Woche Ulcus der r. Tonsille. Seit einem Monat Kopfweh, Müdigkeit und Schlaflosigkeit.

Zeitweise erhöhte Temperatur. Stat. praes. Im Rachen rechts ein scharfrandiges von infiltrierten und leicht geröteten Rändern umgebenes Geschwür, das auf der Tonsille beginnt und sich auf den Gaumenbogen bis zur Uvula erstreckt.



Uvula geschwellt und nach rechts verzogen. Grund des Geschwürs gelblich. Larynx o. B.

Ord. Jodkali 5:200, Jodoformeinblasung.

30. März. Tuberkulininjektion, 0,0015. Weder allgemeine noch lokale Reaktion.

31. März. Ulcus reinigt sich.

1. Aprill. Ulcus kleiner, weniger Schluckbeschwerden Tuberkulin 0,003 keinerlei Reaktion.

5. Mai. Ulcus völlig benarbt und verheilt.

Diagnose: Ulcus palati mollis et tonsillae syphil.

Das Gleiche sehen wir auch beim 14. Fall welcher einen 33-jährigen Pat. mit einer luetischen Affektion des Sternum, der linken Clavicula und der Spina scapulae betrifft.

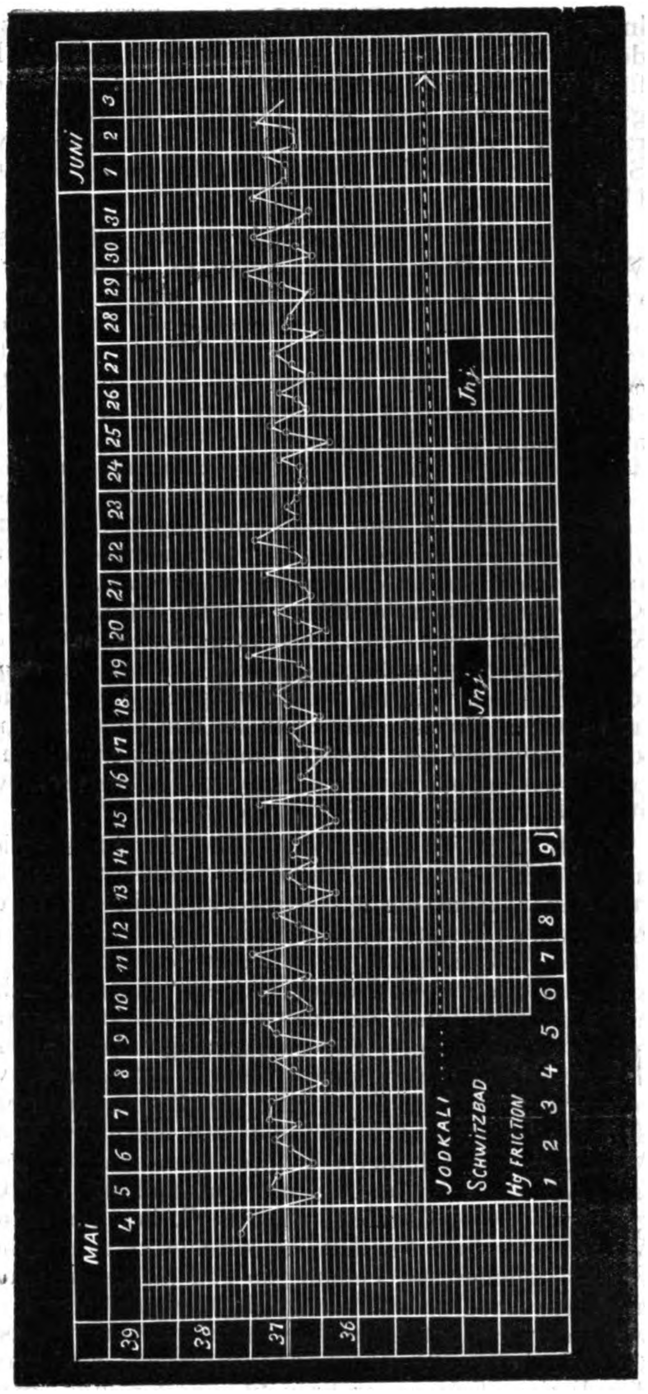
Anamnese. 2 mal angeblich Ulcus molle. Keinerlei spezifische Behandlung. Erscheinungen konstitutioneller Syphilis sollen niemals aufgetreten sein. Seit 3 1/2 Jahren zu verschiedenen Zeiten schmerzhafte Knochenerkrankungen, ähnlich wie die zur Zeit bestehenden. Die erste Affektion betraf die linke Schulter, 1 1/2 Jahre später das Sternum, wonach eine spitze Knochenauftreibung hinterblieb; vor 1 Jahre erkrankte die linke Clavicula, welche von der Zeit ab verdickt ist. Vor 1 1/2 Monaten bestanden heftige Schmerzen in der rechten Hüftgegend. Zur Zeit wird über lebhaften Schmerz namentlich bei Druck auf die linke Spina scapulae geklagt, doch ist an derselben keinerlei Deformität zu erkennen, ferner bestehen Parasthesien im Gebiete des linken N. ulnaris, der linke Arm ist leicht motorisch paretisch, die Muskulatur des linken Kleinfingerballens atrophisch, auch erscheint das rechte Bein schwächer als das linke, seine Muskulatur ist leicht atrophisch, wodurch der rechte Oberschenkel 4 C. weniger an Umfang misst, als an der entsprechenden Stelle links.

Es bestehen keinerlei Symptome, welche auf eine Affektion des Zentralnervensystems hinweisen würden.

Innere Organe bis auf eine deutliche Milzvergrösserung normal, letztere muss als Folge einer im vorangegangenen Jahre überstandenen Malaria angesehen werden.

Temperatur leicht erhöht. Morgentemperaturen unter 37.0 Abendnotierungen schwanken zwischen 37.2 und 37.6.

Von der Voraussetzung ausgehend, dass es sich im gegebenen Falle um syphilitische Periostitis handelt, wird dem Pat. Jodkali ordiniert und wird derselbe täglich geschmiert (Ungt. hydr. cin. 4,0).



11. Mai. Zweifellos subjektive Besserung. Temperatur geht herab, erreicht vom 13. Mai nicht mehr 37°. Da am 15. Mai Stomatitis eintritt, wird die Quecksilberbehandlung ausgesetzt, worauf wieder ein Anstieg der Temperatur bemerkt wird, doch wird dieselbe trotz andauernder wesentlicher Besserung der Schmerzen nach 2-maliger Quecksilberinjektion am 18. und am 27. Mai nicht absolut normal. Am 3. Juni verlässt Pat. das Hospital, um seine Kur in Kemmern fortzusetzen.

15. Fall. Es handelt sich hierbei um einen Pat. von 26 Jahren, der im September 1898 an Ulcus durum erkrankte. Im Oktober Drüsenschwellung, im November nächtliche Kopfschmerzen, im Dezember Schwellung des rechten Kniegelenks, der linken Handwurzel, des rechten Sternoclaviculargelenks, des rechten Ellbogens und Schultergelenks. An Gelenkrheumatismus hat Pat. nie gelitten. An der Stirn eine gummöse Infiltration. Temperatur bis 39° erhöht.

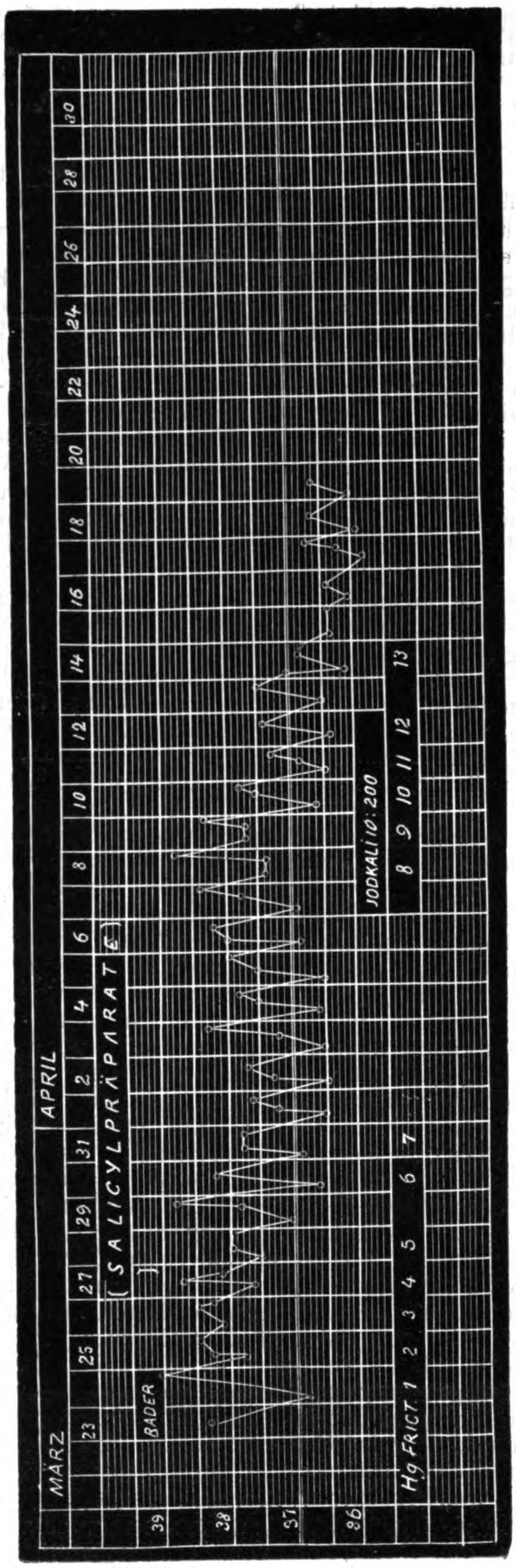
Salicylpräparate effektlos. Jodkali und Quecksilberfriktionen bewirken völlige Verteilung des Stirngumma und Abnahme der Temperatur zur Norm.

A. P. 26 a. n. aufg. Alex. Hosp. 22. März. 1899.

Anamnese September, 1898, Ulcus durum. Okt. darauf Inguinaldrüsenschwellung. Halsschmerzen. November nächtliche Kopfschmerzen. Seit Dezember im rechten Kniegelenk, der linken Handwurzel, rechts hinter dem Ohre, rechten Sternoklavikulargelenke, rechtem Ellbogen und rechtem Schultergelenke und der Stirn Schmerzen.

An Gelenkrheumatismus hat Pat. niemals gelitten. Pat. hat im November und Dezember einige Quecksilberfriktionen gemacht und Jodkali gebraucht.

Stat. praes. Polylymphadenitis. Die schmerzhafte Stelle an der Stirn aufgetrieben. Innere Organe o. B. Temperatur erhöht.



Ord. Natr. salicyl. 3.0 pro die, heisse Bäder mit nachfolgender Einpackung, sowie Quecksilberfriktionen zu 4.0 pro die.

3. April. Temperatur im Sinken, alle Schmerzen geringer. Die Anschwellung an der Stirn geringer. Wegen Stomatitis die Friktionen ausgesetzt.

6. April. Die Schwellung an der Stirn wieder stärker. Temperatur steigt wieder an.

8. April. Stat. id. Stomatitis geringer. Bei fortdauernder Verabreichung von Salicylpräparaten werden die Friktionen wieder aufgenommen und Jodkali innerlich hinzugefügt.

14. April. Temperatur zur Norm abgesunken. Anschwellung an der Stirn fluktuierend, lässt eine Vertiefung, einen Substanzdefekt im Knochen erscheinen.

20. April. Temperatur fortgesetzt normal. Keine Gelenkschmerzen mehr. Wegen Stomatitis muss die Quecksilbertherapie wieder ausgesetzt werden, später wird dieselbe in der Form von Quecksilberinjektionen wieder aufgenommen.

12. Mai. Pat. wird beschwerdefrei mit völlig resorbiertem Gumma der Stirn und deutlichem Knochendefekte der Stelle entlassen.

Durch die Wiedergabe aller dieser Krankengeschichten unter gleichzeitigem Hinblick auf anologe in der Literatur niedergelegte Beobachtungen glaube ich den Beweis geliefert zu haben, dass tertiär luetische Erkrankungen der Knochen, des Zentralnervensystems, der Leber und wohl auch der Lunge mit Fieber einhergehen können, einem Fieber, welches direkt mit dem syphilitischen Prozess in Verbindung steht und nicht durch etwaige konkomittierende Komplikationen verursacht wird und gleich dem luetischen Prozesse selbst durch eine spezifische Therapie entweder schon sehr rasch, oft in wenigen Tagen od. namentlich bei den Erkrankungen des Nervensystems in einigen Wochen zum Verschwinden gebracht werden kann. Die Krankengeschichten beweisen aber nur dass bei solchen Erkrankungszuständen Fieber vorhanden sein **kann**, gewissermassen nur fakultativ auftritt. Es stehen denselben, namentlich bezüglich des Nervensystems zahlreiche — vielleicht sogar die überwiegend grössere Anzahl von Krankheitsfällen gegenüber, innerhalb derer sich der syphilitische Krankheitsprozess bei im Uebrigen völlig identischer Ausdrucksweise völlig afebril abspielt. Doch welches sind, frage ich mit F. Klemperer, die unmittelbaren Ursachen des Fiebers. Bezüglich des Fiebers bei der Lebersyphilis nimmt G. Klemperer an, dass es durch die Resorption nekrotischen Gewebes erzeugt würde, ebenso bezeichnet Bäumler das intermittierende Fieber der Syphilis als Resorptionsfieber — doch erscheint mir diese Hypothese nicht genügend zur Erklärung der Tatsache des ganz auffallend raschen Schwindens des Fiebers nach Jodkali und Quecksilbergebrauch, welches in einzelnen Fällen, wie wir gesehen, schon in wenigen Tagen nach dem Beginne der Therapie erfolgt; also jedenfalls zu einer Zeit, in welcher von einem völligen Verschwundensein eines Gumma noch nicht die Rede sein kann. — Ebenso wenig scheint mir der Erklärungsversuch Gerhardt's das Richtige zu treffen, wenn er meint, dass es Organe gebe, von denen aus Fieber leichter und andere, von denen aus es schwerer entsteht. Mit F. Klemperer muss ich darauf hinweisen, dass luetisches Fieber — ich brauche den Ausdruck praejudizierend — bei der Lues der allerverschiedensten Organe, der Leber, der Lunge, des Zentralnervensystems, der Knochen, bestehen kann. — In völliger Uebereinstimmung mit dem eben genannten Autor neige auch ich mich am meisten der Meinung zu, dass es die Lues als solche ist, welche das Fieber hervorruft, dass dieses weder durch das Organ, innerhalb welches der luetische Prozess seinen Sitz gefunden hat, erklärt zu werden braucht, noch durch die Resorption von Zerfallsmassen, die nur indirekt mit der Lues in Beziehung stehen — sondern einzig und allein durch die Lues selbst. Dafür spricht mir namentlich der unter Umständen ganz auffallend frühe und prompte Effekt der Therapie, der entschieden den Eindruck von etwas Spezifischem macht, ferner auch noch folgende Ueberlegung.

Seitdem wir es nunmehr mit allergrösster Wahrscheinlichkeit wissen und es nicht mehr zu vermuten brauchen, dass die Syphilis durch ein organisches Lebewesen hervorgerufen wird, scheint es uns auch weniger befremdlich, dass eine aktive Aeusserung dieses Lebewesens mit Temperatursteigerungen einhergehn kann. Denn es gehört, wie mir scheint, zur biologischen Funktion eines jeden der uns bisher bekannten Infektionserreger, dass derselbe, wenn er nicht gerade streng lokalisiert, latent, gewissermassen von dem übrigen Organismus abgeschlossen ist, durch die Anwesenheit seiner selbst oder seiner biologischen Produkte in den Körperflüssigkeiten befähigt ist eine Steigerung der Körpertemperatur als Aeusserung der Reaktion des Körpers hervorzurufen, der eine Infektionserreger je nach seiner Eigenart in geringerem, der andere in höherem Masse. Ich erinnere nur an die Tuberkulose, welche im übrigen auch hinsichtlich ihrer pathologisch-anatomischen Ausdrucksform recht viel Aehnlichkeit mit der Syphilis darbietet.

Auch die Tuberkulose kann durchaus nicht allein dann, wenn sie latent ist, sondern auch bei manifester Aeusserung, sei es z. B. innerhalb der Knochen, Gelenke und Drüsen, ja wie es uns die tägliche Erfahrung zeigt, auch in den Lungen vollkommen afebril verlaufen, da sie augenscheinlich ähnlich der Lues zu denjenigen Infektionskrankheiten gehört, denen nur eine geringe Tendenz zur Temperatursteigerung inne wohnt; sie kann aber, wie bekannt, auch ohne jegliche Mischinfektion febrile Temperaturen, in der Lunge relativ geringe, in den Meningen schon höhere Temperaturwerte auslösen und wo es sich gar um eine Ueberfüllung des Organismus mit Bazillen wie z. B. bei der akuten Miliartuberkulose handelt, da kann es zu sehr hohem Fieber kommen. — Genau so scheint es sich auch mit der Lues zu verhalten; ist dieselbe latent, so wird der Patient sicherlich nicht fiebern, äussert sie sich in irgend einer anderen Weise, so **kann** der Patient fiebern, er braucht es allerdings, genau wie bei der Tuberkulose, nicht zu tun und wird der Organismus plötzlich mit Syphiliserregern überschwemmt, was augenscheinlich dann zu erfolgen pflegt, wenn die Lymphdrüsenbarriere durchbrochen ist und die Roseola die Allgemeinerscheinungen der konstitutionellen Syphilis einleitet, dann kann es im Eruptionsstadium zu Temperaturen bis zu 40° kommen.

Allerdings liegen bei der Syphilis die Dinge insofern komplizierter als bei der Tuberkulose, weil wir bei der Syphilis bisher gewohnt waren eine scharfe Scheidung der klinischen Stadien der Erkrankung hinsichtlich der pathologischen Erscheinungsform derselben anzunehmen. Doch dürfte diese Trennung mehr künstlich als biologisch begründet sein, seitdem wir in allerjüngster Zeit darüber belehrt sind, dass auch in gummösen Syphilisprodukten anscheinend lebens- und vermehrungsfähige Spirochaeten gefunden worden sind. Ich glaube, dass dadurch auch der letzte Grund in Wegfall kommt, welcher der Erklärung des Fiebers bei der Syphilis innerer Organe durch die Syphilis als solche im Wege stand. Ich glaube wir sind berech-

tigt, nunmehr das Fieber als ein zwar nicht notwendiges, aber nicht ganz seltenes Faktum mit unter die Symptome der Viszerallues aufzunehmen und bei Verdacht auf Syphilis eines inneren Organes ein gleichzeitig bestehendes Fieber nicht gegen die Diagnose, wie es bisher nicht selten geschah, sondern gerade für die Diagnose zu verwerten.

Kasuistischer Beitrag zur Frühdiagnose und Operation bei Nierentuberkulose.

Von

Dr. P. von Wichert.

Im September 1904 hatte ich Gelegenheit im Alexander-Hospital in Gemeinschaft mit den Herren DDr. Fick und Westphalen einen Pat. in einem so frühen Stadium der Nierentuberkulose zu beobachten, dass der Fall mir einer kurzen Mitteilung wert erscheint. Seit der Operation ist zudem genügend Zeit verflossen um zu einem wenigstens teilweise abschliessenden Urteil über den kurativen Effekt der Nephrektomie zu kommen.

Bezüglich der Pathogenese der Nierentuberkulose haben wir hauptsächlich 2 grosse Gruppen zu unterscheiden: die eine, wo die tuberkulösen Herde in den Nieren nur Teilerscheinung einer allgemein disseminierten Tuberkulose sind, interessiert vom chirurgischen Standpunkt weniger, da sie wohl kaum das Objekt von Eingriffen bildet, die andere, die Nephrophthise ist umsomehr Gebiet der Chirurgie geworden, seit man zur Ueberzeugung gekommen ist, dass diese Form des Leidens sehr häufig primär in einer Niere auftritt und längere Zeit auf dieselbe beschränkt bleiben kann. Ob man in solchen Fällen eine protopathische Lokalisation der Tuberkelbazillen in den Nieren annimmt, oder nach der Meinung von Küster eine deuteropathische Beteiligung der Nieren durch Verschleppung tuberkulöser Keime von einem anderen primären Herde im Körper für wahrscheinlicher hält, ist für die Therapie nicht wesentlich, denn es hat sich oft gezeigt, dass nach Entfernung der tuberkulösen Niere eine Gesundung des Körpers stattfindet. Je frühzeitiger aber ein solcher Herd entfernt wird umso besser, schon damit er seinerseits nicht Ausgangspunkt einer weiteren Verseuchung des Körpers werden kann. In den ganz ersten Anfangszuständen des Leidens können aber die gewöhnlich für Nierentuberkulose angegebenen Symptome vollkommen fehlen; — ich möchte bei der Mitteilung der folgenden Krankengeschichte die Aufmerksamkeit auf ein Symptom, oder besser einen Befund lenken, der vielleicht gestatten könnte in solchen initialen Fällen die Diagnose bis zu einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu ermöglichen, allerdings nur bei Anwendung des Ureteren Katheterismus.

Die Krankengeschichte ist folgende: Patient, ein 20-jähriger Verkäufer trat in das Hospital ein mit der Angabe seit einem Monat an Schmerzen in der rechten unteren Thoraxhälfte bei Bewegungen und beim Atmen zu leiden. Husten sollte nicht bestehen, der Appetit schlecht sein und seit einem halben Jahre bemerke Patient angeblich Abmagerung und Nachtschweisse, An Geschlechtskrankheiten habe er nie gelitten, Eltern und Geschwister seien gesund. Er habe viel im Staube arbeiten müssen mit angeblich brustkranken Kollegen.

Status bei der Aufnahme: anaemischer mittelgrosser Patient von mässigem Ernährungszustand. Herz, Leber und Milz ohne Besonderheiten. Ueber den Lungen nichts Wesentliches, nur über der rechten Spitze wurde etwas schärferes Exspirium konstatiert.

Rechte Lendengegend druckempfindlich, Niere eben palpabel; bei gleichzeitiger Palpation beider Lendengegenden in Rückenlage erhält man rechts den Eindruck eines deutlicheren Widerstandes. Im Sitzen keine Vorwölbung der rechten Seite. Links nichts zu fühlen. Harnentleerung ohne Schmerzen, Miktionsfrequenz normal. Harn klar, normale Menge normales spez. Gew., sauer, enthält weder Albumen noch Zucker. Beim Stehen im Glase kein Sediment zu erhalten.

In den ersten Tagen des Hospital-Aufenthaltes hatte Pat. Abendtemperaturen bis 37,6, vom 5. Tage an nahmen die Temperaturen immer mehr zu, bis 39,2, morgens stets über 37. Pat. nahm an Gewicht stark ab, im Laufe von 12 Tagen 6 Pf., und fühlte sich schlecht.

Bei einer cystoskopischen Untersuchung konnte ich an der Blase ausser einer Rötung in der Umgebung des rechten Ureters nichts Auffälliges finden. beide Ureterenmündungen sahen normal aus und sonderten augenscheinlich klaren Harn ab. Nach Einführung eines Katheters in den rechten Ureter, während der Harn von links mittels Blasenkatheters entnommen wurde, erhielt ich von rechts klaren, von links trüben Harn. Quantität von beiden Seiten gleich, ca. 6 cm., da wir kaum mehr wie 10 Min. zur Gewinnung des Harns Zeit hatten, da Pat. sich sehr elend fühlte und dringend um Abkürzung der Untersuchung bat. Die mikroskopische Untersuchung des zentrifugierten Sedimentes ergab von links desquamierte Epithelien der Harnwege und rote Blutkörperchen als Folgen der instrumentellen Eingriffe; von rechts wenige desquamierte Epithelien, vereinzelte Leukozyten und rote Blutzellen und hyaline Cylinder und Cylindroide.

Durch diesen Befund waren wir einer präziseren Diagnose näher gekommen: da das rechte Nierenbecken gesund war, musste es sich um etwas handeln, das, entweder in der Nierensubstanz selbst sitzend oder in ihrer unmittelbaren Umgebung lokale Zirkulationshindernisse durch Druck auf das umgebende Nierenparenchym hervorrief und dadurch zur Bildung hyaliner Cylinder führte. Das gleichzeitige Bestehen von Fieber legte den Verdacht auf Tuberkulose sehr nahe und wir kamen auf diese Weise zur Diagnose: Tuberkuloseherd (oder Eiter?) in der Niere selbst oder in ihrer nächsten Umgebung, ohne dass das Becken ergriffen ist.

Mit dieser Diagnose wurde Pat. in die chirurgische Abteilung transportiert, wo ihn Dr. Fick nephrektomierte und die Diagnose bestätigen konnte. Die entfernte Niere war normal gross; in der Marksubstanz fand sich ein 2 cm. im Durchmesser haltender tuberkulöser Herd, der mit dem Nierenbecken in keinem Zusammenhange stand. (Die Niere befindet sich in der Praeparaten-Sammlung des Alexander-Hospitals).

Pat. machte eine gute Reconvalescenz nach der Operation durch und ist jetzt, beinahe 2 Jahr nach dem Eingriff, blühend und gesund.

In pathologisch-anatomischer Hinsicht wird die Nierentuberkulose von den Autoren verschieden eingeteilt. Während König 2 Formen unterschei-

det, die solitäre Tuberkulose der Drüsensubstanz und die pyelitische Form, finden wir bei Israel 3 Arten angegeben: die käsig-kavernöse, die chronische disseminierte tuberöse und als seltenste die tuberkulöse Ulceration der Papillenspitzen. Tuffier unterscheidet neben der miliaren Tuberkulose die tub. Infiltration und bei letzteren 5 verschiedene Unterabteilungen, die oft Uebergänge in einander haben.

Unser Fall ist ein typisches Beispiel für die solitäre Tuberkulose der Drüsensubstanz (König), wo noch gar kein Uebergreifen auf die Harnwege, nicht mal auf das Nirenbecken stattgefunden hat; es ist danach durchaus verständlich, dass in diesem Falle auch alle, als „Frühsymptome" bezeichneten Erscheinungen fehlen konnten — der Prozess befand sich eben in seinem „Latenzstadium". Casper hebt hervor, dass unter Umständen die ganz initialen Formen sich nur in hartnäckig andauernder Störung des Allgemeinbefindens ohne lokale Symptome oder nur die einer Nephritis äussern können. Mit einem solchen Falle haben wir es hier zu tun.

Dass Schmerzen in der befallenen Niere das erste Symptom bilden, ist im Ganzen auch selten, ebenso wie die sog. neuralgische Form der Nierentuberkulose (Tuffier), dennoch gaben sie in unserem Falle den ersten Hinweis auf den Sitz des Leidens. Aber erst durch den Befund im gesondert aufgefangenen Harn der kranken Seite konnte man zu konkreteren Schlüssen kommen. So wenig Bedeutung sonst der Befund von hyalinen Zylindern im gemischten Harn haben würde, da ja für beide Nieren die gleichen Bedingungen der Stauung vorhanden sein könnten, für so wesentlich muss man ihr Auftreten in dem aus der kranken Niere gewonnenen Harn halten, da dadurch die Existenz eines die Zirkulation behindernden Herdes wahrscheinlich gemacht wurde. Ein direkter Schluss auf die Natur des Herdes liess sich natürlich aus dem Vorhandensein der Zylinder nicht machen — aber mit dem Fieber dem Kräfteverfall und dabei dem relativen Stationärbleiben des palpatorischen Befundes zusammengehalten ergab sich doch ein Hinweis auf Tuberkulose.

Auf Tuberkelbazillen ist der Harn nicht untersucht worden; ulcerative Prozesse, resp. Pyelitis waren nach Charakter und Geringheit des Sediments mit Sicherheit auszuschliessen, so dass schon a priori ein positives Resultat wenig wahrscheinlich war und ein negatives unsere diagnostischen Schlüsse nicht beeinflusst hätte. Schwanken doch die von den verschiedenen Autoren angegebenen Zahlen für den positiven Bazillenbefund recht bedeutend (z. B. König fand sie in 27 pCt. der untersuchten Fälle, Küster in 10 pCt.) und meist waren das auch mit Blasentuberkulose komplizierte Fälle. Die von Forsell angegebene Methode der Bazillenuntersuchung beruht darauf, dass grössere Harnmengen einem besonderen Sedimentierverfahren unterworfen und dann zentrifugiert werden. Die Methode soll sehr gute Resultate geben, war aber damals noch nicht bekannt.

Die gewöhnliche cystoskopische Untersuchung konnte in diesem Falle uns auch keinen Aufschluss geben; Stöckel hat gewisse Formveränderungen an den Ureterenmündungen beschrieben, die unregelmässig gestaltete Löcher mit gekerbten Rändern darstellen sollen — die ganze Uretermündung erscheine dabei trichterförmig eingezogen. Alle diese Veränderungen sind aber immer schon als Ausdruck vorgeschrittener tuberkulös-ulceröser Prozesse zu betrachten. Auch die von Meyer beschriebene entzündliche Rötung um die Uretermündung wurde vermisst.

Die Operation initialer Nierentuberkulose giebt naturgemäss bessere Resultate als die der vorgeschritteneren Formen — sie kann aber oft nicht gemacht werden, weil die Diagnose fehlt. Es wird häufig gewartet bis alle Erscheinungen gröblich manifest sind und dem Pat. mit einer Operation kaum mehr gedient ist. Es müssten eigentlich die Pat., bei denen irgend welche Verdachtsgründe auf Nierentuberkulose bestehen möglichst bald ureterkatherisiert werden, damit man den Harn der verdächtigen Seite isoliert untersuchen kann. Mangels anderer, noch mehr kompromittierender Befunde in einem solchen Nierenharn dürfte vielleicht das Auftreten von hyalinen Zylindern für die Diagnose eines renalen Herdes im Anfangsstadium in Zukunft auch herangezogen und verwertet werden.

INHALT:

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden geschäftsführenden Redakteur Dr. **R. Wanach** in St. Petersb., Petb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 37 St. Petersburg, den 16. (29.) September. **1906.**

Zur Lage unserer gegenwärtigen Kenntniss des Beriberi.

Von

Dr. Köcher.

Bisher haben Tropenkrankheiten für europäische Aerzte meist nur theoretische, rein wissenschaftliche Bedeutung gehabt. Der jüngst beendete Krieg mit Japan brachte unsere Truppen indess zum Teil in tropischem Klima zur Verwendung und damit fast in direkte Berührung mit einer dieser Krankheiten, und zwar mit Beriberi.

Ein offizieller Bericht verzeichnet die Zahl der in der japanischen Armee an Beriberi erkrankten Mannschaften vom Beginn des Krieges bis zum 1. September 1904 mit 12617 Fällen und der Generalbericht nach Friedensschluss, welchen ich übrigens persönlich noch nicht eingesehen, soll die Gesammtzahl aller Beriberifälle mit etwa 80,000 Köpfen beziffern. Es dürfte daher mindestens unseren Militärärzten nicht unwillkommen sein in Nachstehendem eine kurze Uebersicht über den heutigen Stand der Kenntniss des Beriberi zu erhalten.

Die auf ältere Zeit bezüglichen Angaben sind der bekannten Arbeit von August Hirsch entlehnt, die übrigen Quellen im Texte angegeben. Danach lassen sich unsere Kenntnisse über Beriberi seit Bekanntwerden der Krankheit in Europa bis heute kurz in Folgendem zusammenfassen.

Unter der populären Bezeichnung Beriberi beschrieben in Indien stationierte europäische Aerzte eine Krankheit, die ungeachtet fortgesetzter Beobachtung und Forschung, ihrem Wesen nach lange in Dunkel gehüllt blieb. Professor August Hirsch leitet den Namen Beriberi vom Worte „Beri" ab, welches in der Hindusprache „Schaf" bedeutet. Hierbei setzte er voraus, diese Bezeichnung sei der Krankheit wegen des sonderbaren Ganges beigelegt, welcher an den Kranken besonders auffällt und dem sogenannten Schafsgang entspricht. Als eins der ersten Symptome des Beriberi bemerkte man nämlich, dass die Kranken bei Erhebung des Fusses vom Boden ihn im Knie stark beugen und ihn dann platt niedersetzen um ihn in derselben Lage wieder aufzuheben, so dass dabei die allmählige Entwickelung des Fusses vom Boden fehlt. Der holländische Arzt Plateeuw bezweifelt indess die Richtigkeit der Ableitung Hirsch's und leitet seinerseits den Namen vom sudanesischen Worte „Biribi" ab, was erschwerter, behinderter Gang bedeutet.

Die ersten Nachrichten über Beriberi in Europa erhielt man im Jahre 1758 durch den holländischen Arzt Bonzius in Indien, worauf allmählig weitere von verschiedenen Seiten folgten. Von den alten Arbeiten über diese Krankheit sind nach Hirsch die besten diejenige des Engländers Malcolmsen (1835) und ferner eine solche des Holländers Oudenhowen (1858); von den neueren die Arbeit des Professors August Hirsch (1860), sowie der Aerzte Plateeuw, Schneider und Simonson (1880—1882). Diesen folgten dann fast jährlich neuere Publikationen verschiedener Autoren.

Trotz aller in dieser Litteratur sich begegnenden grossen Widersprüche betrachtete die Mehrzahl aller Autoren die Krankheit ihrem Wesen nach bis gegen das Jahr 1898 als eine Störung der Zirkulation des Blutes, da bei Beriberi stets anormale Blutmischung vorgefunden-

wurde, die etwa der Chlorose oder Anaemie entsprach und begleitet war von Eindickung des Blutserums in den Arterien, hydrämischer Anschwellung verschiedener Organe, fettiger Degeneration des Herzens, der Arterienwände und Muskeln nebst Lähmung derselben. Der Tod erfolgte danach meist an Herzlähmung.

Es werden zwei Hauptformen der Krankheit unterschieden und zwar 1) Beriberi hydropica und 2) Beriberi atrophica oder marastica. Zu diesen gesellte sich noch eine dritte, in holländisch China auftretende Form, die Beriberi polysarcosa, die sich durch Neigung zu allgemeiner Verfettung kennzeichnet.

Dr. Simons veröffentlichte im Jahre 1881 im Journal „Geneeskundig Tijdschrift vor Nederlandsch Indie", Seite 511, Beobachtungen über Beriberi die er während mehrerer Epidemien in Japan sammelte. Diese Krankheit welche die Japanesen Kiakké oder Kakké nannten, trat unter folgenden hauptsächlichsten Symptomen auf: Empfindungslosigkeit der Haut, erhöhte Empfindlichkeit und Lähmung der Muskulatur. Hydrops, Herzklopfen mit Herz- und Arteriengeräuschen, starke Pulsation im Abdomen und allgemeine Depression. Die hydropische sowohl wie die atrophische Form traten gleichzeitig an demselben Orte nebeneinander auf, die erstere mehr bei feuchtem, die zweite bei trockenerem Wetter. Am häufigsten erkrankten Männer von 20—30 Jahren, viel seltener Frauen, Einheimische jedoch und Angereiste waren der Krankheit in gleichem Maasse unterworfen. Die Krankheit verlief meist in folgender Weise.

Zunächst befällt den Patienten grosses allgemeines Missbehagen bei tief deprimierter Gemütsstimmung, grosse Müdigkeit, besonders der unteren Extremitäten, danach Gefühllosigkeit der Haut, Lähmung dieser oder jener Muskelgruppe, Gefühllosigkeit der Fusszehen, in deren Gefolge dann der bereits erwähnte Schafsgang eintritt, bald darauf Kontraktur der Wadenmuskeln, erschwerte Atmung in Folge von Muskelparalyse und starkes Herzklopfen bei der geringsten Anstrengung. Diese Symptome kommen für beide Formen des Beriberi gemeinsam zur Beobachtung, wonach bei der hydropischen Form dann Hydrops der Haut und verschiedener Körperhöhlen auftritt. Dies ist die gefährlichere Form. Bei der atrophischen Form hingegen verlieren die Körpergewebe die in ihnen enthaltenen Liquida, sie trocken sozusagen aus und fortschreitende Paralyse tritt ein. Die Sterblichkeit in den von Dr. Simons beobachteten Epidemien betrug von 20—22 pCt.

Die Behandlung bei Beriberi bestand zu jener Zeit in Folgendem. Ueberführung der Erkrankten nach höher gelegenen Orten, Ersatz der gewöhnlichen Reisnahrung der Japaner durch die Adauke Bohne und Anwendung von Laxantien. Gegen Atrophie und Paralyse der Muskeln wurde mit schwankendem Erfolge Strychnin, Elektrizität und Massage angewandt. Gegen die unregelmässige Herztätigkeit gab man Digitalis und gegen die Anämie — Eisen. Als hauptsächlichste aetiologische Bedingungen galten schlechte und unzureichende Ernährung, besonders bei ungewohnter Anstrengung unter Einwirkung kalten und windigen Wetters.

Als eigentliche Heimat des Beriberi gelten die Ufer beider Indien, der indische Archipelag and Ceylon. In Ostindien herrscht Beriberi endemisch an den Ufern von Gandjam bis Madras, im nördlichen Teil der Küste von Coromandel und an der Küste von Malabar, in Westindien ebenfalls endemisch in Singapur, in Borneo, Sumatra, Java und Baake sowie auf den Molukken. Sonst wurde Beriberi auch noch beobachtet auf Schiffen im indischen Ozean und roten Meere. In Arabien, auf dem afrikanischen, europäischen und amerikanischen Festlande wurde die Krankheit bisher nicht beobachtet.

Hirsch zählte das Beriberi zu den reinen Tropenkrankheiten und nimmt die Einwirkungen des Klimas auf sein Auftreten an, ohne indess deutlicher zu erklären speziell welche klimatische Einwirkungen dies denn sein sollen. Die Mehrzahl der Autoren ist darüber einig, dass feuchte Kälte, zumal nach voraufgegangener Hitze, das Auftreten von Beriberi begünstige, dass die Krankheit fast immer von feuchtkaltem, starkem Winde und kalten Nächten begleitet wird und gewöhnlich vom November bis zum April auftritt.

Wenngleich der Witterungeinfluss auf das Auftreten des Beriberi von allen Autoren angenommen wurde, konnte derselbe aber weder als einziges, noch als hauptsächlichstes aetiologisches Moment betrachtet werden, denn ebenso unstreitig wurde von den meisten Forschern zugegeben, dass Beriberi auch mehrfach unter strikt entgegengesetzten klimatischen Verhältnissen beobachtet sei. Dasselbe gilt von dem Einfluss des Bodens, welcher ebenfalls nicht entscheidend ist, denn die Krankheit tritt ebenso auf feuchtem, als auf trockenem, sandigem oder steinigem Boden auf.

Neben den erwähnten klimatischen Einflüssen wurden auch noch ungenügende und unzweckmässige Ernährung, starke Depression des Gemüts oder Geistes, überfüllte, feuchte düstere und schlecht ventilierte Wohnräume als dem Auftreten von Beriberi günstige Momente hervorgehoben.

Diese schwankenden und zum Teil sich widersprechenden Angaben behielten bis zum Jahre 1898 ihre Geltung, dann aber erschienen neue Arbeiten, welche die Aetiologie des Beriberi in wesentlich andere Beleuchtung rückten. Die wichtigsten dieser Arbeiten waren folgende.

1) Eine Mitteilung in der brasilianischen Akademie, die darauf im Zentralblatt für Bakteriologie. Parasitenkunde und Infektionskrankheiten in № 15 und 16 vom Jahre 1898 abgedruckt wurde: Von der Haematozorie des Beriberi und deren Pigment.

2) Die Haematozorie des Beriberi im Gehirn. Zentralblatt № 7 und 8, 1900.

3) „De l'hématozorie du Beriberi". — Communication du XIII Congrès internationale de médicine à Paris, 6 Août 1900.

4) Beiträge zur Kenntnis der Aetiologie des Beriberi — in der „Revista medico chirurgica do Brazil" № 6, 1904.

In dieser Arbeit kam Dr. Franzisco Fajardo in Rio-de-Janeiro zu folgenden Schlüssen.

Im Blute an Beriberi Erkrankter lassen sich bisher noch unbekannte und nicht beschriebene Haematozoen nachweisen. Sie finden sich im Blute sowohl der Peripherie, wie der verschiedenen Organe des Körpers. Sie produzieren Sporen und Pigment. Die Phasen ihrer Entwickelung entsprechen denjenigen der Malaria-Parasiten. Besonders häufig findet man sie in den Kapillaren des Gehirns, wo man auch Granulationen und Pigment nachweisen kann. Sie finden sich sowohl isoliert wie in Konglomeraten vor. Zu Versuchen darf man nur Fälle verwenden, wo die Diagnose ganz sichergestellt ist. In 6 Fällen von Dr. Tajardo, wo die Abwesenheit von Malaria durchaus zweifellos war, fand er 4 Mal den Parasiten und sein Pigment im Gehirn, 1 Mal reichliche Parasiten in der Milz und 1 Mal war das Resultat ein negatives, wahrscheinlich in Folge irriger Diagnose.

Ungeachtet der aetiologischen Aehnlichkeit und klinischen Analogie des Beriberi mit Malaria, ist Dr. Fajardo von der Unabhängigkeit beider Krankheiten von einander fest überzeugt.

Darauf erschien 1904 wiederum eine neue Arbeit von Dr. J. Hulshof-Pol „Beriberi Vorkoming en Genezing door toedining van Katjang-idjo". (Phaseolus radiatus L.). Amsterdam, bei J. H. de Bussy, 1904.

In dieser Arbeit findet man viel neues, wertvolles Material über das Beriberi, gestützt auf die kompetentesten Quellen.

Dr. Hulshof-Pol erhielt Folgendes. Die Doktoren Eykmann und Gryns, welche an der Erforschung der Polyneuritis bei Hühnern arbeiteten, beobachteten dass die pathologisch-anatomischen Grundlagen dieser Epizootie identisch waren mit den Hauptgrundlagen des Beriberi. Von gewissen Voraussetzungen ausgehend, fing dann Dr. Gryns an zu therapeutischen Zwecken mit Phaseolus radiatus Lin. zu experimentieren, welche Bohne die Malayen Katjany-idjo nennen, und erreichte mit diesem Mittel recht zufriedenstellende Resultate gegen die Epizootie, sowohl bezüglich seiner Heilwirkung als auch in prophylaktischer Beziehung. Dadurch wurde dann Dr. Roelfserna, Militärarzt in holländisch Indien, veranlasst die Wirkung dieser Bohne auch bei den an Beriberi erkrankten Menschen zu erproben, — umsomehr als er in der dortigen alten medizinischen Literatur Hinweisungen darauf fand, dass diese Bohne bereits im Jahre 1747 empirisch gegen Beriberi angewandt worden sei.

Wie wir oben erwähnten, wenden die Japanesen schon längst die Adsuke Bohne als Nahrungsmittel bei Beriberikranken an, welcher sie ebenfalls eine gewisse Heilwirkung zuschreiben. Die sodann mit dieser Pflanze im botanischen Garten Buitenzorg auf Java gemachten Versuche, stellten heraus, dass sie in der Tat eine gewisse Aehnlichkeit mit der Katjany-idjo Bohne habe, dieser aber in ihrer Heilwirkung weit nachstehe. Eine inzwischen in Buitenzorg aufgetretene Beriberi-Epidemie bot dem Dr. Hulshof-Pol Gelegenheit zu Parallelversuchen mit beiden Bohnen, welche für die Katjany-idjo folgende Resultate gaben.

1) In allen frischen Fällen von Beriberi erweist Katjany-idjo eine sichere Heilwirkung, während sie in vorgeschrittenen Fällen von bereits mehrwöchentlicher Dauer wirkungslos ist.

2) Eiweiss im Harn und Hydrops schwinden bei ihrem Gebrauch schon nach Verlauf einiger Tage.

3) Die Wirkung des Mittels tritt vom 5. Tage des Gebrauchs in Erscheinung.

4) Katjany-idjo hat eine durchaus sichere prophylaktische Wirkung.

5) Bei Aussetzung des Mittels hört seine Nachwirkung bald auf.

6) Die tägliche Dose der zu Pulver verarbeiteten Bohne Katjany-idjo darf nicht unter 150 Gramm bemessen sein.

7) Das wirksame Agens der Katjany-idjo kann im wässrigen Auszuge nicht extrahiert werden und dasselbe in reiner Form als Alkaloid darzustellen ist bisher nicht gelungen.

Mit alle diesen Erhebungen musste folgerichtig die alte Anschauung fallen, welche das Auftreten des Beriberi klimatischen und alimentären Einflüssen zuschrieb. Die Aerzte Wright, Baelz und Scheube, sowie viele Japanesen, traten entschieden dafür ein, das Beriberi für eine, durch Haematozoen verursachte Infektionskrankheit zu erklären, welche vorzugsweise die peripherischen, häufig auch die pneumo-gastrischen Nerven und das Gebiet des Phrenicus in Mitleidenschaft zieht und mit Vorliebe dort auftritt, wo Massenanhäufung von Menschen statt hat, wie in Kasernen, Gefängnissen oder bei Armeen im Felde. Weitere Versuche mit Kulturen von Haematozoen und ihre Ueberimpfung auf Tiere, bestätigten diese Voraussetzungen. Der französische Kolonialarzt Henri Salanoue, der in Hanoï (Tonking) experimentierte. veröffentlichte im „Caducée" eine Mitteilung über von ihm erzielte Resultate. Es gelang ihm einen Mikroorganismus zu isolieren, den er Kaninchen, Hühnern, Tauben, Mäusen und Affen inoculierte. Die Krankheitserscheinungen bei den Versuchstieren waren durchaus analog den Symptomen bei Beriberikranken: ausgesprochene vasomotorische Paralyse, Kongestion zu allen inneren Organen, Degeneration des Myocardiums, seröse Ergüsse ins Pericardium, Peritoneum, und seltener in die Pleura. Bei Mäusen wurden die Mikroben in besonders ausgeprägter Form im Blute des Herzens angetroffen, bei Affen vorzugsweise die Symptome der atrophischen Form des Beriberi beobachtet, mit typischer Paralyse der Extensoren der Extremitäten, Muskelatrophie und Abmagerung.

Den Mikroben selbst beschreibt Salonoue als dünnen, unbeweglichen Diplokokkus, leicht zu färben mit allen Anilinfarben. Längere Ketten bildet er nicht, sondern lagert sich meist in Haufen, in welchen er stets zu zweien vereint sich vorfindet. Die Kulturen wurden am besten in Bouillon bei 37 Grad gewonnen, wo sie im Verlauf von 36 Stunden in Häufchen von hellgrauer Farbe mit seitlichen Verästelungen und einem matten Glanze in schaumiger Umgebung an der Oberfläche erscheinen. Ueber die Details der Züchtung, Reaktionen u. s. w. giebt Salanoue ebenfalls eingehende Auskunft.

Diese Untersuchungen wurden im Oktober 1905 abgeschlossen und danach erschien im Februar 1906 im „Phillipine Journal of science" wiederum ein detaillierter Aufsatz von zwei japanischen Aerzten, den Herren Kokubo und Okata darüber, dass es ihnen gelungen sei den „Diplococcus Kakké" zu isolieren, welcher demjenigen von Salanoue ungemein ähnlich ist. Nachrichten über die Identität dieser beiden Diplococcen bleiben abzuwarten.

Dat ist der augenblickliche Stand unserer Kenntnis über das Wesen und die Therapie des Beriberi.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Ehrmann und Fick: Einführung in das mikroskopische Studium der normalen und kranken Haut. Ein Leitfaden für Aerzte und Studierende. Mit 21 Abbildungen und 1 Tafel in Farbendruck. Wien, 1905. Alfred Hölder.

Das kleine Buch gibt zunächst die wichtigsten Hinweise auf die mikroskopische Technik, die bei Untersuchungen der Haut in Frage kommen unter Hervorheben derjenigen Methoden, die für die Haut besonders wichtig sind. Darauf wird die normale Histologie durchgenommen und daran anschliessend die pathologischen Befunde erläutert.

Das Buch wird dem Hautspezialisten, der selbständig histopathologisch arbeiten will und dem keine fachmännische Hilfe zur Seite steht, eine gute Anleitung zum Studium geben und in diesem Sinne willkommen sein.

Ucke.

Oestreich, R.: Allgemeine pathologisch-anatomische Diagnostik. Berlin, 1905. Verlag von S. Karger.

Das Umsetzen des bei der Obduktion Gesehenen und Gefühlten in die Sprache der pathologischen Anatomie wird am Sektionstisch unter fachmännischer Anleitung leicht gelernt und die Erfahrung ersetzt kein Buch, doch ist eine gute Anleitung dazu, wie man fühlen und sehen soll, nicht nur dem

Anfänger von Nutzen, sondern auch für den Arzt, der ohne beständige Uebung hin und wieder Sektionen auszuführen genötigt ist. Dieses finden wir in dem vorliegenden Buch, welches auf die Technik verzichtet und uns die Methoden der Prüfung gibt mit den Hinweisen auf die vielseitigen Schlüsse, die daraus zu ziehen sind.

Danach finden wir den Stoff in einen makroskopischen und einen mikroskopischen Teil gesondert, wobei in beiden Teilen zunächst die allgemeinen Gesichtspunkte Erörterung finden, dann die verschiedenen pathologischen Zustände detailliert durchgenommen werden und endlich auf die einzelnen Organsysteme und Gewebe im Speziellen eingegangen wird. Das Buch kann allen, die sich auf dem Gebiete der pathologisch-anatomischen Diagnostik Rat holen wollen, warm empfohlen werden.

Ucke.

Felix Lejars: Technik dringlicher Operationen. Dritte deutsche Auflage nach der sechsten und verbesserten französischen Auflage ins Deutsche übertragen von Dr. H. Strehl. I. Teil. 576 S. Mit 406 Figuren und 9 Tafeln. Preis des vollst. Werkes: brosch. 20 M. geb. 22,50 M. Jena. Verlag von G. Fischer 1906.

Die Zahl der Auflagen spricht am deutlichsten für die Vorzüge des Werkes des Pariser Professors, das von Strehl, Privatdozenten in Königsberg i. Pr. in sehr guter Weise übersetzt worden ist. Die Sprache ist knapp und klar, die Tafeln und Figuren instruktiv und übersichtlich und ergänzen in hervorragender Weise das Verständnis des Textes. L. hat seine Aufgabe weit gefasst und bespricht alle nur möglichen kleinen und grossen Verletzungen und Erkrankungen, die in Krieg- und Friedenszeiten ein sofortiges Eingreifen des Arztes an Ort und Stelle erheischen können. Es sind daher nicht nur die kleineren und einfacheren Operationen, wie Unterbindungen von Blutgefässen, Amputationen, Herniotomieen, Intubationen Tracheotomieen in den Kreis der Betrachtung gezogen, sondern auch Trepanationen des Schädels, Laparotomieen bei Verletzungen der Leber, Milz, Blase, Darmperforationen, Uterusrupturen nebst Beschreibung der dabei nötig werdenden Operationen (Enterostomosen, Exstirpation von Milz, Uterus etc.), Operationen bei Magenblutungen (Ulcus ventriculi), Gastrotomie, Jejunostomie etc. etc. Druck und Ausstattung des Werkes sind mustergültig. Näher auf Inhalt und Anordnung des Stoffes einzugehen behalten wir uns bis zum Erscheinen der Fortsetzung und des Schlusses des Buches vor.

W. Schiele.

Gärtner, A.: Leitfaden der Hygiene für Studierende, Aerzte, Architekten, Ingenieure und Verwaltungsbeamte. Mit 175 Abbildungen. Vierte vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin 1905. Verlag von S. Karger. Preis M. 6.

Die neuesten Errungenschaften der Wissenschaft und Technik, die gerade in der Hygiene die verschiedensten Gebiete streifen, sind in der neuerschienenen vierten Auflage des bereits sehr bekannten und beliebten Gärtner'schen Lehrbuchs zur Verwendung gekommen. Dieselbe kurze aber sachlich klare Darstellung mit zahlreichen den Stoff erläuternden Abbildungen, sowie die wichtigsten Literaturangaben machen das Werk für den Anfänger zum Studium, für den Unterrichteten zum Nachschlagen wertvoll. Wir sind überzeugt, dass die neue Auflage dem Buch zu den alten Freunden neue gewinnen wird.

Ucke.

S. Munter (Berlin): Physikalische und diätetische Therapie der Gicht, für praktische Aerzte bearbeitet. Stuttgart 1906, Verlag von Ferdinand Enke. Gr. 8°, 70 Seiten. Preis Mark 1,80.

Seit die physikalische Therapie ihre berechtigte Stellung in der Klinik der Gegenwart angewiesen erhalten und das Anwendungsgebiet derselben sich mehr und mehr erweitert hat, so dass die physikalischen Heilmethoden zu unersetzbaren therapeutischen Massnahmen geworden sind, deren Kenntnis und Handhabung zu dem unentbehrlichen Rüstzeug des ärztlichen Praktikers gehört, haben grossangelegte Sammelwerke wie auch Kompendien sich bemüht, diesem Bedürfnis und der neuen Stellung der physikalischen Therapie im klinischen Unterricht gerecht zu werden. Leider sind die grösseren Sammelwerke, wie z. B. das treffliche «Handbuch der physikalischen Therapie von Goldscheider und Jacob (1902), das gebunden nicht weniger als 64 Mark kostet, zu teuer, um jedem zugänglich zu sein. Es erscheint daher als gerechtfertigt, dass Dr. J. Marcuse, dirigierender Arzt der Kuranstalt Ebenhausen bei München, und Dr. A. Strasser, Dozent an der Wiener Universität, sich entschlossen haben, eine «Physikalische Therapie in der Form von Einzeldarstellungen» herauszugeben, von denen jede für sich bei verhältnismässig mässigem Preise vor allem dem ausübenden Arzte als Hand- und Lehrbuch der betreffenden Disziplin dienen kann. Das ganze Werk wird, wie aus dem Prospekt zu ersehen, in 25 (auch einzeln käuflichen) Heften à 3—6 Bogen erscheinen, deren jedes von einem in der in Betracht kommenden Disziplin hervorragenden Fachmanne bearbeitet werden soll.

Die uns vorliegende durchaus lesenswerte Monographie bildet das 13. Heft dieser «Physikalischen Therapie in Einzeldarstellungen» und stammt aus der Feder des durch seine Arbeiten über die Gicht und verwandte Krankheiten wohlbekannten Besitzers der Wasserheilanstalt «Berlin», Dr. S. Munter. Nach einer Schilderung des Wesens und der Aetiologie der Gicht formuliert Verf. die Aufgaben der Therapie der Gicht im allgemeinen und die der Ernährung und der physikalischen Heilmittel (Thermo-, Hydro-, Balneo-, Elektro- und Mechanotherapie) der Gicht im speziellen, um dann aus dem Gesagten die Behandlung dieser Krankheit herzuleiten. Zum Schluss wird auch noch der medikamentösen Behandlung kurz gedacht, wobei das Colchicum als Spezifikum bei akuten Anfällen anerkannt wird, das Citarin, Aspirin und die anderen Salicylpräparate als schmerzstillende Mittel (ohne den Grundprozess der Gicht zu beeinflussen) angesehen werden, während den im Reagenzglase Harnsäure lösenden Medikamenten, Piperazin, Lysetol, Lysidin, Urotropin, Sidonal, Urosin, Chinotropin u. a. die erhoffte Wirkung abgesprochen wird.

Da wir wegen beschränkten Raumes auf den reichen Inhalt des Buches nicht näher eingehen können, wollen wir zum Lobe desselben nur noch sagen, dass es beim Lesen, trotz aller Vertiefung in den Stoff, doch stets den Eindruck macht, dass das Werk von einem Praktiker für Praktiker geschrieben ist. Die Ausstattung lässt nichts zu wünschen übrig.

Bernhoff.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 3. Mai 1906.

p. I. Dr. Grüning stellt einen an Hörstummheit leidenden Knaben vor.

L. S. ist 7 Jahre alt und stammt aus Riga. Beide Eltern sind gesund, der Vater ist nicht Potator, weder bei den Eltern noch Grosseltern oder sonst in der Verwandtschaft sind Nerven- oder Geisteskrankheiten vorhanden. Die drei Geschwister des Pat. sind ebenfalls gesund und sind sprachlich normal entwickelt, doch soll der jüngste Bruder erst mit Beginn des 3. Lebensjahres zu sprechen begonnen haben. Patient selbst hat keine nennenswerten Krankheiten durchgemacht und soll nur in den ersten Lebensjahren an leichter Skrophulose gelitten haben, welche jedoch nach geeigneter Therapie bald wieder schwand. Er wurde an der Mutterbrust ernährt und entwickelte sich körperlich normal, mit 1½ Jahren fing er zu gehen an. Die Sprache jedoch blieb aus, bis zum Anfang des 4. Lebensjahres soll er garnicht gesprochen haben. Die Mutter befragte dieser auffallenden Erscheinung wegen mehrere Aerzte, diese konstatierten alle ein normales Gehör und vertrösteten sie in betreff der Sprache auf die Zukunft. Zwischen dem 4. und 5. Lebensjahr soll er spontan «Papa, Mama» sowie den Namen seiner Schwester «Sascha» gesprochen haben und zwischen dem 5. und 7. Jahre sind dann noch einige wenige Wörter hinzugekommen. Status: Der somatische Zustand ist befriedigend, das Gehör vollkommen normal, die Nasenatmung frei, keine Adenoiden. Weder an den peripheren Sprachorganen, noch sonst an anderen Organen des Körpers ist irgend etwas Abnormes nachzuweisen. Die Prüfung der Sprache und des Sprachverständnisses ergiebt folgendes: Die spontane Sprache, von welcher Patient im Verkehr mit seiner Mutter ziemlich ausgiebigen Gebrauch macht, ist ein ganz unverständliches Kauderwelsch, das nur eine entfernte Aehnlichkeit mit den Lauten unserer Sprache hat und von Seiten des Patienten mit lebhaften Zeichen und

Gesten begleitet wird. Spricht man ihm etwas vor, so versucht er es nachzusprechen, doch wird das vorgesprochene Wort so verstümmelt wiedergegeben, dass es noch kaum zu erkennen ist und oft besteht es nur in einer Nachahmung des Hauptvokals und des Stimmtones. Bei sehr deutlichem und scharf artikuliertem Vorsprechen gelingt das Nachsprechen etwas besser, sobald man sich dabei auf leichte und kurze Wörter beschränkt. Die Vokale sind unrein, die Umlaute fehlen ganz, von Konsonanten fehlen l, n, j; b wird mit m, t mit k, d mit g und umgekehrt verwechselt. Bei Wörtern, die mit mehreren Konsonanten beginnen, spricht er nur den ersten, die übrigen lässt er weg. Das Sprachverständniss liegt vollkommen darnieder, Pat. ist nicht imstande, auf Geheiss und bei lautem und deutlichem Vorsprechen irgend einen Teil seines Körpers oder einen Gegenstand im Zimmer zu zeigen. Ebensowenig vermag er den kleinsten Auftrag auszuführen, wenn man sich bei Erteilung des Befehls aller hinweisenden Geberden enthält; er hört unsere Sprache, aber er versteht sie nicht: er ist psychisch vollkommen taub. Die Prüfung der übrigen Sinnestätigkeiten ergiebt keine nennenswerten Defekte; von verschieden gefärbten und verschieden geformten Pappstückchen legt er die der Farbe und Form nach zusammengehörigen richtig zu einander, ebenso vermag er, aus einer Anzahl Geldstücke die gleichwertigen richtig zusammen zu legen. Figuren, die man ihm aus Stäbchen vorlegt, legt er sofort richtig nach, auch in der Geruchs- und Geschmacks- und in der taktilen Sphäre sind keine Defekte nachweisbar. Pat. ist in seinen Bewegungen lebhaft und gewandt und macht einen intelligenten Eindruck.

Diagnose: Hörstummheit (sensorische Form).

Pat. befindet sich seit 3 Jahren in Behandlung des Ref., dessen Therapie vor allem darin besteht, das fehlende Sprachverständniss zu wecken. Es werden ihm täglich neue Gegenstände sowohl in natura, sowie im Bilde gezeigt und die betreffenden Benennungen laut und deutlich vorgesprochen. Pat. muss sich bemühen, das Wort möglichst deutlich nachzusprechen und seinem Gedächtniss einzuprägen. Dabei erwies sich, obwohl Pat. einen grossen Lerneifer zeigte, das Gedächtniss anfangs ausserordentlich mangelhaft; 10—20 und mehr Male musste man ihm ein Wort vorsprechen und er es ebenso oft nachsprechen, wenn man dann ein neues Wort einübte und nach einer kurzen Weile wieder nach dem ersten fragte, so hatte er dieses bereits vergessen. Allmählig scheint sein Gedächtniss etwas besser zu werden und kennt und benennt er jetzt bereits circa 40 Gegenstände. Gleichzeitig werden mit ihm täglich Artikulationsübungen vorgenommen, die vorhandenen Laute geschärft und die fehlenden eingeübt. Nach Ablauf von circa 6 Monaten kann man erwarten, dass Pat. den Inhalt kleiner Sätze verstehen und sich ebenso in solchen wird ausdrücken können. Dann kann er aus der Behandlung entlassen werden, und man darf hoffen, dass er das fehlende durch den sprachlichen Verkehr mit seiner Umgebung selbst ergänzen wird.

(Autoreferat).

Dr. A. Behr bemerkt dazu, dass schon Gall auf diese Krankheiten hingewiesen hätte, ebenso auch Benedict; auch die Arbeit von Lanois behandle ausführlich diese Fälle. Er fragt sodann, ob in diesem Falle eine Aetiologie angegeben werden könne; Ziehen meine, dass nach Typhus die Hörstummheit relativ häufig beobachtet werde. Eine andere Frage sei die, was wird nun aus solchen Kindern? Dr. Grüning habe darauf hingewiesen, dass sie oft für imbecill gehalten würden. Sektionsbefunde giebt es jedoch merkwürdigerweise noch nicht. Es halten in der Tat viele Neurologen, z. B. Kalischer, Jolly diese Kinder für Idioten oder Imbecille, Lanois dagegen will doch glauben, dass neben einer grossen Rückständigkeit man doch auch auf Kinder stosse, welche vollsinnig seien und oft nur einen Mangel an Entschluss aufweisen.

(Behr führt das bekannte Beispiel des Sohnes von Cyrus an.)

Die Untersuchung derartiger Kinder ist jedoch sehr schwierig, und oft die Frage nicht zu entscheiden, weshalb sie psychiatrisch auch noch etwas dunkel geblieben ist. Bei der Prüfung des Gehörs muss auch die kontinuierliche Tonreihe geprüft werden. Auch an Hysterie muss man denken, da wir ja gar keine Sektionsbefunde haben; ist es doch bei der Hysterie bekannt, dass nach einem Schreck sich nach einer Phase des Stammelns erst das Sprechen wieder einstellt. Der Mutismus kommt auch bei der Katatonie vor, diese Menschen hören und fassen Alles auf, schweigen jedoch, zuweilen jahrelang, in einem Falle sogar 30 Jahre. Redner hat selbst einen derartigen Fall gesehen, welcher 2 Jahre stumm war; welche Hemmung liegt hier nun vor? jedenfalls führen doch nur schwere psychische oder zerebrale Prozesse zu diesem Symptomenbild.

Dr. Voss meint, das vorgestellte Kind würde vielleicht durch systematische Uebungen zum Nachsprechen gebracht werden können, doch sei die Psyche doch wohl nicht ganz normal, da es eben nur nachspricht. Ein Urteil über die Intelligenz könne man in solchen Fällen nicht gleich fällen.

Dr. Grüning hat beobachtet, dass die Fälle mit sensorischen Formen gut nachsprechen, die Fälle mit motorischen Formen dagegen sehr schlecht.

Dr. Blumenbach schlägt Dr. Grüning vor, den kleinen Patienten im Herbst noch einmal der Gesellschaft vorzustellen, damit man den Fortschritt sehen könne.

P. II. Dr. Bosse stellt einen Patienten vor, welcher an Bronchitis fibrinosa leidet. Pat. ist Fleischer, hat nie Temperatursteigerungen gehabt, Tuberkulose liegt allem Anschein nach nicht vor. In den letzten Monaten jedoch ist er stark abgemagert; er klagt über allgemeine bronchitische Symptome; vor 14 Tagen hatte er zuerst einen Hustenanfall, bei welchem er beinahe, wie er sagt, erstickt sei, dabei Ausleerung eines grösseren Ballen Auswurfs, welcher baumartig verzweigt ist; diese Anfälle treten meist abends auf. Vortragender demonstriert den Auswurf, welcher einen mehrere cmtr. langen Ausguss der Bronchien mit ihren Verzweigungen schön illustriert. Nach Weigert handelt es sich hier um fibrinöse Ausschwitzungen, wobei eine Nekrose der Schleimhaut mitspielt, ähnlich wie bei der Diphtherie. Die Krankheit werde auch mit Herzkrankheiten und Tuberkulose in Zusammenhang gebracht; in seinem Fall liege eine kompensierte Mitral-Insuffizienz vor, daher könne er sich einen Zusammenhang nicht denken. Die Behandlung biete leider wenig Aussicht auf Erfolg, vorgeschlagen seien Inhalationen mit Kalkwasser. auch Gebrauch von IK; Nach Fränckel kann man aus dem Auswurf konstatieren, aus welchem Teil der Lunge er stammt, hiernach stammt der demonstrierte Auswurf wohl aus dem Oberlappen. Bei einem Auswurf, welcher aus den tieferen Teilen der Lunge stammt, soll man auch kleine Bläschen sehen, welche die Abgüsse der Alveolen sein sollen, in diesem Fall sind derartige Bildungen nicht zu sehen.

Nach Dr. Hampeln's Meinung handelt es sich hier jedenfalls um eine Rarität; in seiner Praxis hat er nie solch einen Fall gesehen.

Dr. Deubner hat seines Erinnerns einmal einen Fall demonstriert. Das Auftreten solcher Gerinnsel muss er als eine Ausartung der physiologischen Tätigkeit betrachten und muss man solch einen Fall ebenso als eine Rarität bezeichnen wie die Fibrinurie, (cf. den Krannhals'schen Fall vor einigen Monaten); Jemand, der solch ein Symptomenbild zeigt, ist eben ein Mensch, der auf ganz gewöhnliche Reize ganz ungewöhnlich reagiert; man kann solch einen Fall daher unter die Kuriositäten rechnen, ganz ebenso wie etwa die schweren individuellen Reaktionen einzelner gegenüber gewissen Medikamenten.

Dr. Burchard fragt, ob man nicht auskultatorische Phaenomene bei dem Manne beobachtet habe, da die ausgehusteten Massen von derselben Gestalt sind, also wohl von ein und derselben Stelle stammten.

Dr. Bosse erwidert, dass er ausser einer Bronchitis nichts gefunden habe.

In bezug auf die Therapie empfiehlt Dr. Kröger die temperierten Douchen; die Lunge werde dadurch unter günstigere Ernährungsbedingungen gesetzt, hierdurch könnte vielleicht auch die Fibrinbildung eingeschränkt werden.

P. III. Dr. Bornhaupt hält seinen angekündigten Vortrag: «Zur Stauungsbehandlung nach Bier».

Indem ich zu der Stauungsbehandlung nach Bier, von der auch auf der letzten Sitzung die Rede gewesen ist, einen Beitrag liefere, will ich nicht von der Behandlung der Phlegmonen und Panaritien, wo die Resultate im Grossen und Ganzen dieselben sind, wie sie in der Literatur schon mehrfach ihre Bestätigung gefunden haben, ich will auch nicht über das Kapitel der Behandlung der Tuberkulose sprechen, ein Gebiet, das neuerdings durch die Arbeiten von Maninger (Budapest) und Roesen (Bonn) berührt und von verschiedenen Seiten beleuchtet worden ist;

Ich wollte nur ganz kurz hier über einen Fall referieren, den ich mit einem Misserfolg in der Stauung behandelt hatte.

Es handelt sich um ein junges Mädchen, das nach einer Pneumonie plötzlich mit einer Schwellung und starken Schmerzen an dem rechten Schultergelenk erkrankt war. Da die Schmerzen zugleich mit Kältegefühl, hoher Temperatur und scheinbarer Verdickung des Knochens eingesetzt hatten, so wurde eine Epiphysenosteomyelitis angenommen und der Arm wurde sofort am Thorax fixiert. Die Hauptschwellung und Fluktuation bestanden an der vorderen Seite des Oberarms im Bereich des Musculus Deltoideus. Das Oedem dehnte sich aus nach hinten zur Scapula hin und längs dem Oberarm nach unten bis zum Ellenbogengelenk. Die Punktion der

fluktuierenden Stelle ergab 4 Spritzen à 2 Ccm. Eiter. Die bakteriologische Untersuchung des Eiters stellte die Pneumokokken als Urheber der Eiterung fest.

In 11 Tagen nach der Punktion war die Schwellung vollständig abgefallen, das Oedem war geschwunden, die Schmerzen waren vergangen, die Temperatur fiel bis zur Norm ab. Die Fluktuation, die vorher in deutlicher Weise vorhanden war, war jetzt kaum noch an der Ansatzstelle des musculus deltoideus am Oberarm nachzuweisen. Im Schultergelenk selbst, in der Gelenkspalte, war von Anfang an keine Fluktuation nachzuweisen. Das Röntgenbild ergab: das Gelenk frei, grössere Durchlässigkeit des Humeruskopfes.

Da der Prozess dem Ausheilen nahe war und gerade an dem Punkt angekommen war, wo ein gewisser Stillstand eingetreten war, so legte ich eine ganz weiche Naturgummibinde oberhalb des Schultergelenkes an, um die Heilung eventuell zu beschleunigen und mit den Bewegungen im Schultergelenk beginnen zu können, die noch immer bis dahin schmerzhaft waren. Die Binde hatte 6 Stunden gelegen. Es trat keine Verfärbung der Extremität, wohl aber ein leichtes Oedem auf. Die Patientin fing an, über Schmerzen zu klagen. Die Schultergelenkgegend war sehr stark angeschwollen. Während das Oedem an der Extremität zum nächsten Morgen geschwunden war, blieb die Schwellung am Schultergelenk, blieben die Schmerzen bestehen, die Fluktuation trat von Neuem auf und die Temperatur stieg an. Bei der Punktion wurde zum zweiten Male Eiter gewonnen, worauf der Eiterherd durch einen Schnitt geöffnet wurde. Der Abszess lag unter dem musc. deltoideus, kommunizierte weder mit dem Knochen noch mit dem Gelenk, sondern schien von der bursa subdeltoidea ausgegangen zu sein. Die Wunde schloss sich bald, und die Patientin wurde geheilt entlassen.

An der Hand dieses Falles kann man sich nicht ganz mit der Meinung des H. Rubritius einverstanden erklären, dass die Stauungsbehandlung nach Bier die alte Methode der Ruhigstellung des Entzündungsherdes umgestossen habe. Im Gegenteil wurde in unserem Fall durch die Fixierung der Extremität die spontane Heilung sichtlich begünstigt. Die einmalige Stauung aber verursachte eine sehr rapide Vermehrung der Eitermenge. Wenn also die Stauung im Kampf gegen die Mikroorganismen und bei der Heilung der Wunden eine wesentliche Rolle spielt, so ist die Immobilisierung in allen den Fällen durchaus nicht zu verwerfen, wo es sich um die Resorption der Zerfallprodukte handelt. Hier erscheint ja der unbehinderte Abfluss für das venöse Blut durchaus von grösster Wichtigkeit. Dadurch wird es begreiflich, warum zum Beispiel nicht alle Osteomyelitiden durch die Stauungsbehandlung heilen. Die akute Osteomyelitis in den ersten Tagen, wo es sich erst um die Hyperämie handelt, wird durch die Stauungsbehandlung eher günstig beeinflusst werden, als eine Osteomyelitis, wo sich Sequester und Eiterherde im Knochen befinden.

Um die richtigen Grenzen der Stauungsbehandlung ziehen zu können, darf man die pathologisch-anatomische Basis nicht verlassen, indem man nur klinisch hier und da die Stauung versucht. Man muss sich unbedingt auch Lexer anschliessen, wenn er einen grossen Wert auf die bakteriologischen Untersuchungen legt, und darin die Erklärung für die verschiedenen Ansichten über die Stauungsbehandlung sucht.

(Autoreferat.)

d. z. Sekretär: Dr. Theodor Schwartz.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Dem Mitgliede des Verwaltungsrates des Asyls des Prinzen Peter Georgiewitsch von Oldenburg, Prof. Dr. Oskar Petersen, ist der St. Stanislausorden I. Klasse verliehen worden.

— Der Oberarzt des St. Petersb. Börsen-Barackenhospitals, und Leiter des Lazaretts Ihrer Majestät der Kaiserin Alexandra Feodorowna für aus dem Fernen Osten evakuierte kranke und verwundete Krieger, Dr. Xaver Dombrowski ist zum Ehrenleibchirurg des Hofes Seiner Kaiserlichen Majestät ernannt worden, unter Belassung in den von ihm bekleideten Stellungen.

— Professor Dr. E. v. Bergmann ist in Begleitung seines Assistenten Dr. Bier vor kurzem wieder in Konstantinopel gewesen, wohin er zur Konsultation beim kranken Sultan und bei der Tochter des Sultans berufen worden war. Wie verlautet, hat der Sultan bei dieser Gelegenheit Prof. v. Bergmann den Grosskordon des Medjidiaordens in Brillanten und Dr. Bier den Grosskordon des Osmanjeordens überreicht.

— Der Rektor und ordentliche Professor emer. der Charkower Universität, Dr. bot. Reinhard, ist auf sein Gesuch seiner erstgenannten Stellung enthoben worden.

— Der stellv. Medizinalinspektor des Akmolinskgebiets Dr. Kassjanow ist zum Gouvernements-Medizinalinspektor von Siedlce ernannt worden, an Stelle von Dr. Schmidt, der Direktor der Feldscherschule in Astrachan geworden ist. Zum Nachfolger Dr. Kassjanows im Akmolinskgebiet ist der bisherige Gehülfe des estländischen Gouvernements-Medizinalinspektors Dr. Orshapowski ernannt worden.

— Der Konsultant für Ohren- und Kehlkopfkrankheiten an den Erziehungsanstalten des Ressorts der Kaiserin Maria in Moskau, Dr. v. Stein, ist auf sein Gesuch verabschiedet worden.

— Zum Vorsitzenden der Empfangskommission bei der hiesigen Fabrik für Militär-Medizinalpräparate ist der bisherige Chef der Mobilisations-Abteilung der Ober-Militär-Medizinalverwaltung Dr. Germanow ernannt worden.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 16./29. August in München, wo er zum Besuch weilte, der frühere Oberarzt des Odessaer evangelischen Hospitals Dr. Eugen Fricker im nahezu vollendeten 60. Lebensjahre am Herzschlage. Der Hingeschiedene stammte aus Würtemberg und hatte seine medizinische Ausbildung in Tübingen erhalten, worauf er bei den berühmten deutschen Chirurgen Langenbeck, Billroth und Bruhns arbeitete. Im Jahre 1874 siedelte er nach Russland über, wo er an der Dorpater Universität nach bestandenem Examen und Verteidigung seiner Dissertation die Venia practicandi erlangte, um sich dann als Chirurg in Odessa niederzulassen. Hier war er anfangs Assistent des Chirurgen und späteren Oberarztes Dr. Kleberg am Stadtkrankenhause und später Leiter der chirurgischen Abteilung desselben, bis er 1892 als Oberarzt die Leitung des neugegründeten evangelischen Hospitals übernahm, das er musterhaft eingerichtet hat. Vor ca. einem Jahre gab er seine Praxis in Odessa auf, wo er 30 Jahre zu den populärsten und gesuchtesten Chirurgen gehört hatte, und siedelte in seine Vaterstadt Stuttgart über. Zu ganz besonderem Dank ist ihm die Odessaer deutsche Kolonie verpflichtet, denn an dem Zustandekommen und dem Aufblühen ihres evangel. Hospitals hatte er ein ganz hervorragendes Verdienst. 2) Am 18. August zu Riga der frühere Medizinalinspektor des Nowgorodschen Gouvernements, Dr. Wilhelm Dobrzinski im Alter von 73 Jahren. Der Verstorbene war ein Schüler der Petersburger medico-chirurgischen Akademie, welche er i. J. 1860 mit dem Arztgrade absolvierte, worauf er sich anfangs an verschiedenen Petersburger Kliniken beschäftigte, um dann in verschiedenen ärztlichen Stellungen und zuletzt als Medizinalinspektor in Nowgorod zu fungieren. Seit 1894 verabschiedet, lebte er als praktischer Arzt in Riga. 3) In St. Petersburg am 5. September der emeritierte Professor, der Kinderheilkunde an der militär-medizinischen Akademie, Ehrenleibmedikus Dr. Nikolai Bystrow, im 66. Lebensjahre. Der Hingeschiedene hatte ebenfalls seine medizinischen Studien an der mediko-chirurgischen Akademie gemacht und dort die Doktorwürde erlangt. Nachdem er dann mehrere Jahre zur weiteren Ausbildung als Assistent an der Kinderklinik fungiert hatte, habilitierte er sich i. J. 1873 als Privatdozent an der Akademie und wurde bald darauf zum Professor auf dem Lehrstuhl für Kinderkrankheiten ernannt. Gleichzeitig bekleidete er die Aemter eines Konsultanten bei der Pokrowgemeinschaft barmherziger Schwestern und eines beratenden Mitgliedes des militär-medizinischen gelehrten Komitees. Viele Jahre war er auch Präses der Gesellschaft der Kinderärzte. Neben seinen vielen Aemtern hatte er noch eine ausgedehnte Privatpraxis zu bewältigen. Trotzdem ist Prof. B. auch vielfach literärisch hervorgetreten; wir nennen von

seinen grösseren Arbeiten hier nur die «Skizze des gegenwärtigen Standes der Pädiatrie und ihre Bedeutung unter den übrigen Disziplinen». 4) In Moskau am 20. August Dr. Arnold Bauer, Arzt am dortigen Nikolai-Waiseninstitut, im 45. Lebensjahre nach 20-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 5) Am 11. September n. St. in Breslau der hervorragende Augenarzt, Prof. extraord. Dr. Hermann Cohn, an einem Herzleiden im 67. Lebensjahre. Der Verstorbene hat sich besondere Verdienste auf dem Gebiete der ophthalmologischen Schulhygiene erworben. Von seinen zahlreichen Schriften auf diesem Gebiet sind besonders hervorzuheben: «Untersuchungen der Augen von 10,060 Schulkindern nebst Vorschlägen zur Verbesserung der den Augen nachteiligen Schuleinrichtungen», «die Hygiene des Auges in der Schule, «Tafel zur Prüfung der Sehschärfe von Schulkindern», «die Sehleistungen von 50,000 Schulkindern». Aber auch für die Augenheilkunde in weiterem Sinne hat Cohn wertvolle Arbeiten geliefert. Sein Hauptwerk ist sein «Lehrbuch der Hygiene des Auges» (1892). Seine populäre Darstellungsweise und die positiven Ratschläge machten seine für die weitere Oeffentlichkeit bestimmten Arbeiten besonders wertvoll. 6) In Budapest am 9. September der bekannte Pathologe und Professor der dortigen Universität Dr. Andreas Högies im 60. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war einer der ersten Schüler Pasteurs und errichtete auch die erste Pasteursche Anstalt ausserhalb Frankreichs.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Der Neubau der gynäkologischen Klinik bei der militär-medizinischen Akademie ist so weit vollendet, dass zur inneren Einrichtung geschritten werden kann. Die Kosten für diese Einrichtung sollen, wie verlautet, auf 100,000 R. veranschlagt sein, da alle neuesten technischen Vervollkommnungen im Gebiete der klinischen Medizin berücksichtigt werden sollen.

— Die Staatsexamina in den medizinischen Fakultäten, aller russ. Universitäten haben am 1. September ihren Anfang genommen.

— Der bekannte Würzburger Pathologe Prof. Dr. v. Rindfleisch, der im Dezember d. J. sein 70. Lebensjahr erreicht, ist in den Ruhestand getreten. Bis jetzt ist noch kein Nachfolger für ihn gefunden worden, da der Erlanger Direktor des pathologischen Instituts Prof. Dr. Gustav Hauser die Berufung nach Würzburg abgelehnt hat.

— Von der Kasanschen Universität ist ein Konkurs zur Besetzung des erledigten Lehrstuhls der pathologischen Anatomie ausgeschrieben worden. Bewerber haben ihre Gesuche bis zum 1. November d. J. einzureichen.

Standesangelegenheiten.

— Wegen Beteiligung an politischen Umtrieben und regierungsfeindlicher Propaganda sind neuerdings wieder eine Reihe von Aerzten arretiert worden: In Kostroma der Landschaftsarzt A. S. Durnowo mit seiner Frau; im Stawropolschen Gouvernement der Arzt für die fremdstämmige Bevölkerung A. W. Winogradow; auf der Station Gostinopolje der Arzt Petrowski mit seinen Verwandten; im Kischinewschen Kreise der dortige Landarzt Modermeister auf einen Monat Polizeiarrest für Verbreitung des Wiborger Aufrufs.

— Der hier im Märzmonat im Hôtel «Bristol» arretierte Dr. P. J. Rosenbaum ist, nach dem «Towarischtsch», jetzt per Etappe nach Orel abgefertigt worden.

— Die Aerztin M. Jablonski, welche seit dem Märzmonat im hiesigen lithauischen Gefängniss interniert war, ist vor kurzem aus dem Gefängnis entlassen worden.

— Der Charkower Arzt Michael Kostenko hat die Konzession zur Herausgabe einer Tageszeitung in Charkow erhalten.

— Arzthonorare in San Francisko. Das jüngst vom Erdbeben heimgesuchte grosse Emporium des westlichen Amerika hat neben seinen zahlreichen anderen Besonderheiten, die beim Anlass dieses Ereignisses zur Sprache gekommen sind, auch die Eigenheit, dass es wahrscheinlich von keiner Stadt Amerikas oder der übrigen Welt an Höhe der ortsüblichen Aerztehonorare übertroffen wird. Der erste ärztliche Besuch kostet dort, wie J. Huret in seinem Buche, «De Francisco à Canada» mitteilt, der Regel nach 50 Franken, jeder folgende 25 Franken; Nachtbesuche werden immer mit 50 Franken berechnet. Ein beliebiges ärztliches Zeugnis kommt auf 100, eine Todesbestätigung auf 250 Franken zu stehen. Die Operationen, bei denen natürlich Extrahonorare stets eine grosse Rolle spielen, schwanken, wenn keine besonderen Abmachungen, im Gebührensatz auch bei leichteren Fällen zwischen 150 und 2500 Franken. Diese Sätze sind vom Syndikat der Aerzte in San Francisco aufgestellt und von dem genannten Verfasser einem offiziellen Aktenstück der genannten Korporation entnommen worden. Allerdings darf man, um diese hohen Aerztegebühren richtig würdigen zu können, nicht ausser Acht lassen, dass eben in San Francisco die Lebensverhältnisse ganz allgemein ausserordentlich teuer sind.

Verschiedene Mitteilungen.

— Wie aus Frankreich gemeldet wird, beauftragte der französische Minister Clemenceau den Dr. Darier mit der Mission, in Deutschland die Augenhygiene in den Schulen und die Einrichtung der Augenkliniken zu studieren.

— Entdeckung des Keuchhustenbazillus. Der belgische Arzt Bordet, Direktor des Seruminstituts in Brabant, hat der belgischen med. Akademie die Mitteilung gemacht, dass es ihm geglückt sei, den Keuchhustenbazillus zu isolieren und Reinkulturen von ihm zu erhalten. Im Anfangsstadium der Krankheit hat Bordet den Bazillus im Sekret der Kehle in grosser Zahl entdeckt, später soll er sich nun spärlich und vermischt mit anderen Parasiten im Munde und Rachen finden. Das Serum der Keuchhustenkranken soll heilend wirken.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 26. Aug. d. J. 10991 (165 mehr als in der Vorwoche), darunter 1316 Typhus — (117 mehr), 996 Syphilis — (46 mehr), 443 Scharlach — (26 mehr), 255 Diphtherie — (19 mehr), 60 Masern — (6 mehr), und 13 Pockenkranke — (1 mehr als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 20. bis zum 26. Aug d. J. im ganzen 698 (386 M., 312 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 39, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 12, Scharlach 24, Diphtherie 35, Croup 0, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 14, Erysipelas 3, Grippe 9, Katarrhalische Lungenentzündung 53, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 12, Tuberkulose der Lungen 67, Tuberkulose anderer Organe 18, Alkoholismus und Dilirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 40, Marasmus senilis 24, Krankheiten des Verdauungskanals 95, Totgeborene 24.

Am 2. Sept. d. J. betrug die Zahl der Kranken 11055 (64 wen. als in der Vorwoche.), darunter 1338 Typhus — (22 mehr), 1061 Syphilis — (57 mehr), 451 Scharlach — (8 mehr), 242 Diphtherie — (13 wen.), 57 Masern — (3 wen.) und 8 Pockenkranke (5 wen. als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 27. Aug. bis 2. Sept. d. J. im ganzen 761 (410 M., 351 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 45, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 8, Scharlach 41, Diphtherie 46, Croup 0, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 23, Erysipelas 5, Grippe 3, Katarrhalische Lungenentzündung 79, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 14, Tuberculose der Lungen 89, Tuberculose anderer Organe 15, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 48, Marasmus senilis 27, Krankheiten der Verdauungsorgane 77, Totgeborene 55.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 19. Sept. 1906.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 25. Sept. 1906.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Schwester **Hedwig Breyer** (zu erfragen bei **Dr. Bursian**: Троицкая 29 oder bei Frl. **Kern**: Конногвардейскій бульваръ 17, кв. 12).

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 38 St. Petersburg, den 23. September (6. Oktober). 1906.

Ueber mechanotherapeutische Behandlung und den therapeutischen Wert mechanischer Heilmittel.

(Jahresbericht der Heilanstalt für Mechanotherapie und Orthopädie zu Pernau. 1905).

Von

Dr. med. E. v. Vietinghoff-Scheel.

Besitzer und Leiter der Anstalt.

Diese Mitteilungen sind als Fortsetzung und Ergänzung des im vorigen Jahre veröffentlichten ersten Berichts über die Tätigkeit der genannten Anstalt [1]) anzusehen. Sie bringen ausser einigen Daten über die Frequenz und das behandelte Krankenmaterial auch einige Betrachtungen über mechanotherapeutische Erfolge und Misserfolge, gestützt auf die Beobachtung von c. 200 Kranken, bei denen ausschliesslich mechanische oder physikalische Heilmittel angewandt wurden. Unter Mechanotherapie verstehe ich nicht bloss Gymmastik zu Heilzwecken und Massage, sondern die Behandlung mit allen mechanisch wirkenden Mitteln [2]). Letztere pflegt man auch unter dem Namen „Physikalische Therapie" zusammenzufassen [3]). Wir werden bei dem einen Kurort besuchenden Kranken selbstverständlich uns nicht auf Massage und Bewegung allein beschränken, sondern auch Luft und Wärme, das kalte Bad, die medizinischen Bäder, die hydrotherapeutischen Prozeduren und schliesslich Licht und Elektrizität verordnen. Die diätetischen Heilfaktoren wird man nicht entbehren können und zu Medikamenten wird man mitunter seine Zuflucht nehmen müssen — kurz wir werden uns aller wissenschaftlich anerkannten Mittel bedienen, wenn wir unseren Kranken damit Nutzen bringen können.

Die Krankheiten, die mit mechan. Mitteln erfolgreich behandelt werden können, lassen sich nicht genau begrenzen, sie sind fast so zahlreich wie die Krankheiten überhaupt. Nur insofern lässt sich eine Auswahl treffen, als bei einigen Krankheiten das mechan. Mittel souverän wirken kann, während es bei andern nur nebensächlich in Betracht kommt. Den Praktiker, der dieses Mittel anwenden möchte oder darauf angewiesen ist es anzuwenden, interessiert am meisten die Frage: welchen Heilwert besitzen die mechan. Methoden und welchen Heilerfolg durch sie können wir unseren Kranken versprechen? Antworten auf diese Frage liegen bereits in grosser Anzahl vor; wenn ich es also unternehme einen weiteren Beitrag zur Beantwortung dieser Frage zu liefern, so mag das im Hinblick auf das kleine Krankenmaterial, das mir zur Verfügung steht, vielleicht etwas gewagt erscheinen. Dennoch tue ich es — nicht weil ich meine Ansichten und Erfahrungen zur Geltung bringen möchte, sondern um Rechenschaft abzulegen über meine hiesige Tätigkeit. Analog dem früheren Bericht schicke ich einige Zahlen über die Frequenz meiner Anstalt und das in ihr behandelte Krankenmaterial voraus. Die entsprechenden Zahlen vom Vorjahr sind den Angaben in Klammern beigefügt.

Frequenz: Im Jahre 1905 wurde die Anstalt von 198 Patienten besucht (gegen 115). Längere Zeit wurden behandelt 110 Patienten (gegen 65). Die Zahl der Besuche betrug 3540 (gegen 2304) an 285 Tagen (256). Die Frequenz hat also erheblich zugenommen und zwar in Prozenten ausgedrückt: Die Gesammtzahl der Patienten um 63,4 pCt., die längeren Behandlungen um 69,2 pCt. und die Besuche um 53,6 pCt. Durchschnittlich sind 12—13 Patienten täglich behandelt worden (gegen 9). Auf die einzelnen Monate verteilt und mit dem Vorjahre verglichen erhält man im Durchschnitt:

[1]) St. Petersb. med. Wochenschr. 1905, Nr. 10.

[2]) Krukenberg bespricht in seinem bekannten Lehrbuch der mechan. Heilmethoden (Stuttg. 1896) ausser der Massage, manuellen und maschinellen Gymnastik auch die Elektro- und Hydrotherapie.

[3]) vgl. Goldscheider u. Jacob «Handbuch der physikalischen Therapie». Lpg. 1901/02.

für den:

Januar	1905	fast	6	Pat.	tägl.	gegen	5—6	im J. 1904
Februar	„	„	9	„	„	„	3—4	„ „
März	„	rund	10	„	„	„	3—4	„ „
April	„	„	8	„	„	„	5	„ „
Mai	„	fast	12	„	„	„	7	„ „
Juni	„	„	23	„	„	„	12	„ „
Juli	„	über	30	„	„	„	19	„ „
August	„	fast	21	„	„	„	13	„ „
September	„	nur	5	„	„	„	8	„ „
Oktober	„	fast	8	„	„	„	7	„ „
November	„	nur	6	„	„	„	8—9	„ „
Dezember	„	„	5—6	„	„	„	8	„ „

Auf die Monate Januar bis Mai 1905 entfallen 1036 (gegen 510) Besuche oder mehr als doppelt so viel.

Auf die Saisonzeit (Juni bis August) 1905 entfallen 1880 (gegen 1135) Besuche oder 745 Pat. mehr.

Auf die Monate September bis Dezember 1905 entfallen 624 (gegen 659) Besuche oder 35 Pat. weniger.

Wir wollen uns mit diesen Zahlen begnügen — aus ihnen geht hervor:

dass 1) während der ersten fünf Monate des Jahres 1905 eine erfreuliche Zunahme der Frequenz verzeichnet werden konnte.

2) die Anstalt während der drei Saisonmonate gut besucht war und zwar viel besser als im Jahre 1904 [4]).

3) eine bedenkliche Abnahme der Frequenz während der letzten vier Monate des Jahres 1905 zu bemerken war.

Das Krankenmaterial unterschied sich nicht wesentlich von dem des Vorjahres. Die rein orthopädischen Fälle haben abgenommen [5]). Für alle übrigen in der Anstalt behandelten Kranken sind die Zahlen entsprechend der grösseren Gesammtzahl grösser. Um eine bessere Uebersicht zu geben, stelle ich die Zahlen für die beiden Jahre (1905 u. 1904) in Prozenten nebenan:

	1905	1904
Verbiegungen der Wirbelsäule (Scoliosen, habit. Kyphosen etc.	10,6—	14,7%
Andere Deformitäten (Klumpfuss etc.).	4,0—	5,2%
Muskel-, Knochen- und Gelenkverletzungen u. ihre Folgen. . .	10,1—	13,9%
Rheumatische Erkrankungen . . .	14,1—	7,8%
Tuberkulose der Gelenke	3,5—	6,9%
Herz- u. Lungenkrankheiten . . .	11,6—	3,4%
Digestionsstörungen	4,5—	2,6%
Rhachitis, Fettsucht, Anämie, Diabetes	9,5—	9,5%
Lähmungen	5,5—	6,0%
Neurasthenie, Hysterie, Neuralgieen, Alkoholismus etc.	12,1—	18,2%

Der Rest von 14,5 resp. 11,8 pCt. setzt sich zusammen aus Krankheiten der oberen Luftwege, kleinen chirurgischen Fällen u. ähnl.

Eine relative Abnahme haben ausser den schon erwähnten orthopädischen Fällen die tuberkulösen Gelenke, die Lähmungen und die anderen Erkrankungen des Nervensystems erfahren, dagegen haben die rheumatischen Fälle, die Digestionsstörungen, besonders aber die Herz- und Lungenkrankheiten erheblich zugenommen.

Im allgemeinen lässt sich sagen, dass die Lebensfähigkeit der Anstalt für den Sommer durchaus gewährleistet erscheint, selbst wenn die Frequenz des Badeortes zurückgehen sollte. Als Bestandteil der dem Badepublikum in Pernau zur Verfügung stehenden Kurmittel dürfte es der Anstalt ohne weiteres gelingen heilbedürftige Kurgäste in grösserer Anzahl heranzuziehen.

Dagegen ist die Prognose für die Wintermonate ungünstig. Ein viel lebhafterer Besuch als der bisherige ist im Winter auch dann nicht zu erwarten, wenn die allgemeine Not nach Jahr und Tag einer in wirtschaftlicher Hinsicht besseren Zeit weichen sollte. Die Ueberzeugung, dass eine konsequent durchgeführte Bewegungskur nicht nur einen prophylaktischen, sondern auch einen therapeutischen Wert hat, das richtige Verständnis für die mechan. oder physikalischen Heilfaktoren ist nicht einmal in die oberste Schicht der Bevölkerung gedrungen. Das orthopädische Material ist an sich nicht gross und scheint schon jetzt erschöpft zu sein, auch sind viele Deformitäten für eine rein mechanische und ambulatorische Behandlung nicht geeignet, bedürfen vielmehr einer Korrektur auf blutigem Wege oder einer stationären Behandlung. Die Anfertigung von portativen und Stütz-Apparaten ist an einem Ort, an dem es keinen brauchbaren Mechaniker und Bandagisten giebt, mit den grössten Schwierigkeiten verknüpft und für die Errichtung einer eigenen, wenn auch kleinen Werkstatt mit einem Arbeiter ist die Nachfrage nach orthop. Apparaten und Bandagen viel zu gering. Erschwert wird der Winterbetrieb der Anstalt durch die im Vergleich zur Frequenz erheblichen Kosten des Unterhalts, durch die geringe Ausdauer von seiten unserer Patienten bei der Behandlung von chronischen Fällen, durch die sehr zahlreiche in dürftigen Verhältnissen lebende städtische Bevölkerung, die wenig bevölkerte Umgebung Pernau's und die abgelegene Lage der Badeanstalt vom Zentrum der Stadt. In der kalten und nassen Jahreszeit hält der etwas weite Weg viele, nicht zuletzt die Schulkinder, von denen gewiss nicht wenige eine derartige Behandlung sehr nötig hätten vom Besuche der Anstalt ab. So liegen die Verhältnisse in den Monaten, da die Anstalt auf das Pernausche Krankenmaterial allein angewiesen ist. Sie überraschen nicht, denn als die Anstalt gegründet wurde, hatten die dabei Beteiligten vorwiegend die Badesaison im Auge und dass wir sobald eine Revolution im Lande erleben würden, konnte niemand damals voraussehen. Ich bin noch jetzt überzeugt, dass der Anstaltsbetrieb unter normalen Verhältnissen auch im Winter sich gelohnt hätte, nur wäre eine Erweiterung resp. Umwandlung in eine stationäre Heilstätte notwendig geworden. In Anbetracht der unsicheren politischen Zustände und des wirtschaftlichen Niederganges der Provinz ist aber an die Verwirklichung dieser Pläne nicht zu denken.

Einige Worte über den Massageunterricht [6]) in meiner Anstalt. Im Herbst 1904 erklärte ich mich bereit die Ausbildung von Masseusen zu übernehmen und habe seitdem mehrere Schülerinnen gehabt. Eine von ihnen ist gegenwärtig als Hilfskraft in der Anstalt dauernd angestellt und zwei lernen eben und sollen zum Herbst als dipl. Masseusen entlassen werden.

Am Schluss des Anstaltsberichts erwähne ich noch, dass die Stadtverwaltung, den Bedürfnissen der Saisonbehandlung Rechnung tragend, in dankenswerter Weise die Anstaltsräume um ein Zimmer hat vergrössern lassen. Nunmehr verfügt die Anstalt über folgende Räume: Vorzimmer, Wartezimmer, ärztl. Sprechzimmer, Gymnastiksaal, 2 Massagezellen und ein Arbeitszimmer für orthopädische Zwecke.

Mechanotherapeutische Erfahrungen: Die mechanischen Mittel, die im Laufe von 2 Jahren in meiner Anstalt an nahezu 200 Kranken angewandt wurden, haben in nicht wenigen Fällen einen vollen Heilerfolg gehabt, in den meisten Fällen eine Besserung herbeigeführt und in nur c. 5—10 pCt. der Fälle völlig oder teilweise versagt [7]). Die Zahl der absoluten Heilerfolge wäre grösser ausgefallen, wenn die Behandlung durchweg hätte bis zu Ende geführt werden können.

[4]) Die Saisonfrequenz der Anstalt hat im Jahre 1905 um 65,7 pCt. zugenommen, während die Frequenz des Badeortes annähernd dieselbe geblieben ist.

[5]) Die Zahl der angefertigten Stützapparate ist etwas grösser (19 : 14), jedoch sind diesesmal auch die kleineren Vorrichtungen, wie Kopfschweben u. ähnl. miteinbegriffen.

[6]) Eine Abhandlung «Zur Frage der Ausbildung von Saisonmasseuren» gedenke ich demnächst zu veröffentlichen.

[7]) Dazu gehören auch Kranke, die nach einer Behandlung von wenigen Tagen fortblieben, obgleich eine längere Behandlung vorgesehen und vereinbart war.

Vorzeitige Unterbrechung der Behandlung war leider nicht selten.

Ich beginne mit den unter den Krankheitsgruppen an erster Stelle genannten Verbiegungen der Wirbelsäule. Der Erfolg entsprach hier den Erwartungen indem die leichte habituelle Skoliose (Schulskoliose, die noch keine oder eine nur geringfügige Kompensationskrümmung aufzuweisen hatte) ohne Ausnahme in 4—8 Wochen geheilt werden konnte. Schwieriger gestaltete sich die Behandlung, wo die skoliotische Verbiegung längere Zeit bestanden hatte und kombiniert war, doch gelang auch in mehreren solchen Fällen eine Heilung. In einem Fall hochgradiger Skoliose, den ich schon vor c. 2 Jahren in Behandlung bekam, ist eine nur geringe Besserung geglückt, die Verhältnisse liegen hier infolge von grosser Muskelschlaffheit besonders ungünstig. Auch in einem zweiten Falle ist nur im Laufe des ersten halben Jahres ein nennenswerter Erfolg zu verzeichnen. Neben der Kräftigung der Arm-, Schulter- und Rückenmuskulatur durch zahlreiche einander abwechselnde Widerstandsbewegungen wurden Lagerungs- und Streckapparate, wie ein modifizierter Lagerungsapparat nach Zander, der Wolm, die Schwebe nach Schmid und der vorzügliche Beely'sche Redressionsrahmen, auch der Beely'sche Ruderapparat ausgiebig benutzt. Am Schluss einer jeden Behandlungsstunde c. 5 Minuten Rückenmassage. Die Anstaltsbehandlung wurde unterstützt durch ein vereinfachtes Hessingkorset [8]), das in der Schule und zu Hause zu tragen den Patienten zur Pflicht gemacht wurde, und durch eine Lagerung auf der schiefen Ebene mit Kopfschwebe 1—2 mal täglich. Alles das hat bei den hochgradigen Skoliosen eine nur geringe Besserung zur Folge gehabt. Nach Hoffa [9]) kann man bei den Skoliosen des dritten Stadiums durch konsequente Behandlung eine Besserung der Konturen des Rumpfes erzwingen und einen Fortschritt der Verkrümmung verhüten — mit diesem Erfolge muss man sich zufriedengeben.

Von andern Deformitäten der Wirbelsäule — den sogen. runden Rücken berücksichtigte ich nicht weiter — sind mir mehrere in der Anstalt behandelte beginnende Kyphosen gegenwärtig. In drei Fällen von Spondylitistuberkulose habe ich mit dem Lorenz'schen Reklinationsgypsbett [10]) liegen lassen und den Beginn der Ausheilung dabei erlebt. Der eine Fall, der 2 Monate im hiesigen Stadtkrankenhause beobachtet wurde, besserte sich, ist mir aber aus den Augen gekommen, so dass ich über den weiteren Verlauf nichts erfahren habe. Einem 4-jährigen Knaben habe ich das Bett nicht aus Gyps, sondern aus Wasserglas angefertigt. Die Fixierung in mässiger Reklinationslage in dem sehr leichten und festen Bette wird von dem kleinen Patienten als Wohltat empfunden — er verträgt das Liegen ausgezeichnet und der schon stark vorgetretene spitzwinklige Gibbus im mittleren Teil der Brustwirbelsäule ist inzwischen etwas kleiner geworden. In einem vierten Falle eben beginnender Spondylitis bei einem 14-jährigen Knaben wurde ein Gypskorset und hernach ein abnehmbares Wasserglaskorset mit Thilo'schen Armstützen kombiniert angelegt; seitdem sind die typischen Erscheinungen und subjektiven Beschwerden zurückgetreten.

An Deformitäten der Füsse waren im letzten Jahre die Plattfüsse am häufigsten, sie wurden durch entsprechende Einlagen (Leder- und Stahlsohlen) korrigiert. Die neuerdings empfohlenen Duranasohlen [11]) habe ich nicht verwenden können, weil ihre Beschaffung bei uns grosse Schwierigkeiten macht. In einem Falle von Pes varus congenitus bei einem 4 Monate alten Kinde wurden die Klumpfüsse durch Gypsverbände, Schienenverband und Klumpfussschuhe im weiteren Verlaufe korrigiert — der endgiltige Erfolg scheint gesichert.

Die übrigen in der Anstalt behandelten orthopädischen Fälle boten nichts Bemerkenswertes.

Die mit Massage, passiven und aktiven Bewegungen nachbehandelten Patienten mit Radiusfrakturen erlangten alle ihre volle Beweglichkeit und annähernd auch die frühere Kraft wieder, jedoch hat in einem Falle die Behandlung durch Monate fortgesetzt werden müssen. Die Zunahme der Kraft wurde mit dem Dynamometer nach Collin und mit einer einfachen kleinen Vorrichtung zum Heben von Grammgewichten mit einem oder mit mehreren Fingern zugleich, wobei nicht nur die Schwere des Gewichts, sondern auch die Hubhöhe jedesmal notiert wurde.

Bei einer Ankylose und Kontraktur nach Fractura olecrani et epicondyli lat. versagte die Behandlung mit passivem Ellenbogenbeugen und -strecken nach Thilo [12]) jedoch fehlte es der Patientin an Ausdauer die Behandlung länger als 2 Monate fortzusetzen. In einem zweiten Fall von Gelenkversteifung nach Resectio cubiti gelang es in 5 Wochen den Bewegungswinkel um 20° zu vergrössern. Nach Mobilisierung in Narkose (Beugen ad maximum) wurde die Bewegung täglich am Pendelapparat von Knoke und Dressler ausgiebig vorgenommen. Die Messung des Bewegungswinkels geschah mit dem Winkelmesser schwedischen Ursprungs [13]).

Zwei Kniegelenkankylosen gonorrhoischen Ursprungs wurden 4 Wochen lang mit passiven Bewegungen am Thilo'schen Apparat behandelt — in dem einen Fall gelang es eine Besserung der Beweglichkeit zu erreichen. Dass in allen Fällen auch aktive Bewegungen, soweit es anging, und Massage auch Elektrizität und Bäder die Behandlung unterstützten, brauche ich wohl kaum hinzuzufügen.

Drei Fälle von Tendovaginitis crepitans verliessen die Anstalt geheilt, ein vierter — Hygroma tendinum, wahrscheinlich tuberkulöser Natur wurde nach Dorpat geschickt.

Von einem Bericht über die Behandlung von leichten Verletzungen (Kontusionen etc.) sehe ich ganz ab.

Ein weites Feld der Betätigung für die mechan. Heilmethoden bieten die zahlreichen rheumatischen Erkrankungen. Unter den etwa 40 rheumatischen Patienten, die hier in meiner Behandlung gewesen, gab es auch Fälle von Arthritis deformans, die viele Jahre alt waren und ein so vorgeschrittenes Stadium erreicht hatten, dass ein auch noch so bescheidener Erfolg a priori aussichtslos erschien. Dagegen verliessen Patienten mit chron. Gelenkrheumatismus mittleren Grades durchweg gebessert die Anstalt. Dass man unter Umständen durch aktive und passive Bewegungen am Pendelapparat, Massage, feuchte Wärme schon in wenigen Tagen eine überraschende Besserung erleben kann, habe ich bei einer 30-jährigen Patientin, die mit ihren steifen Gelenken sich kaum bewegen konnte, als sie in Behandlung kam, gesehen. Nach nur 10-tägiger Behandlung konnte sie fast schmerzlos gehen und die Arme ziemlich

8) vgl. Heine: «Die Vereinfachung des Hessingkorsets. Riedinger's Arch. Bd. III. 1905 pp. 38.

9) Lehrbuch der orthop. Chirurgie. Stuttgart, 1902 pg. 430 ff.

10) vgl. Hoffa, l. c. Fig. 216.

11) vgl. Hoffa, l. c. pag. 886 u. Gocht: «Orthop. Technik». Stuttg., 1901, pg. 133.

12) vgl. O. Thilo: «Passive Bewegungen», Monatsschr. f. Unfallh. u. Inval.

13) s. Wide: «Handb. d. Med. Gymn.», Wiesbaden, 1897, pg. 349, Fig. 86.

frei gebrauchen. Sie sollte noch weiter behandelt werden, wurde eigentlich nur zu den Pfingstfeiertagen nach Hause entlassen, kam aber nicht mehr wieder, sodass ich an einen dauernden Erfolg nicht recht glauben möchte.

Leider giebt es auch hartnäckigere rheumatische Gelenkaffektionen, wie mir ein analoger Fall bewies; bei einer 20-jährigen Patientin konnte in 4 Wochen nur eine minime Besserung erreicht werden. Ebenso verschieden reagierten die Myitiden auf die Behandlung. Die schmerzhaften Muskelknötchen behaupteten sich trotz energischer Petrissage, Vibration, Centrifugalklopfung etc. oft viele Wochen lang, während sie in anderen Fällen in bedeutend kürzerer Zeit verschwanden.

Von den behandelten Herz- und Lungenkranken hat nur ein kleiner Teil den Gymnastiksaal besucht. Für die Therapie der Herzkrankheiten (Insuffizienz, Neurosen, Stenokardie etc.) kommen in Pernau in erster Linie die CO_2-Bäder (System Friedr. Keller) in Betracht, die denn auch ausgiebig verordnet wurden. Die üblichen Herzmittel wie Convallaria maj., Adonis vernal. u. a. liessen sich nicht immer vermeiden. Versuche mit Schott'schen Selbsthemmungsbewegungen waren mir zu zeitraubend, da ich im Sommer ohnehin eine bedeutende Arbeitslast zu bewältigen habe und die Widerstandsapparate der Anstalt wurden nur ausnahmsweise von Herzkranken benutzt. Für diese Kranken eignen sich nur solche Apparate, bei denen die Ausgangsstellung bestimmt ist und die Ausführung der Bewegung durch den Apparat genau vorgezeichnet wird, wie das bei den Zander'schen Hebelmaschinen in so vollkommener Weise der Fall ist. Einzelne Bewegungen wie Armkreisen, Ellenbogenbeugen und -strecken, Beinspreizen und -schliessen und noch einige andere kann man auch an den Thilo'schen Apparaten in geregelter Ausgangsstellung und in einer vom Apparat vorgeschriebenen Weise ausführen, so dass die Rollenzüge mit Gewichten auch für die bei Herzkranken empfohlene Widerstandsgymnastik verwendbar gemacht werden können.

In einem Fall von Lungenemphysem bei einem 74-jährigen Patienten habe ich nach einer Behandlung von 4 Wochen (Benutzung des Atmungsstuhls von Rossbach-Zoberbier und Thoraxmassage) eine bedeutende Besserung erreicht. Auch bei einer 16-jährigen Patientin mit Bronchialasthma liess mich die vorsichtig verordnete und sorgfältig überwachte Atemgymnastik, die leider viel zu kurze Zeit fortgesetzt wurde, nicht im Stich. Natürlich handelt es sich in beiden Fällen um eine mehr subjektive wohltätige Wirkung. Bei einem Spitzenkatarrh leichten Verlaufes erwies sich die auf die Atmung gerichtete Bewegungstherapie als indifferent.

Patienten, die wegen Anaemie, allgem. Körperschwäche den Gymnastiksaal besuchten, hat diese Therapie entschieden gut getan, doch vermisste ich bei den meisten von ihnen die erforderliche Ausdauer.

Bessere und vor allem mit Hilfe der Anstaltswage erwiesene Resultate hatte ich bei den Fettleibigen, bei denen ich eine gründliche Magerdiät und Bewegungskur verordnen konnte d. h. wo intensive Heilgymnastik wegen Frauenleiden und dergl. nicht kontraindiziert war und wo die verordnete Verringerung der Einnahmen des Körpers gewissenhaft befolgt wurde. Bei einer 25-jährigen Frau v. 92 kg. Körpergewicht, der es mit dem Abnehmen ernst war, konstatierte ich in 6 Wochen eine Gewichtsabnahme von reichlich 8 kg.; in anderen Fällen war der Erfolg geringer, aber immer noch zufriedenstellend, nur bei einem 11-jährigen sehr korpulenten Jungen kam es einmal vor, dass trotz täglicher sehr ausgiebiger Benutzung der gymnastischen und Widerstandsapparate z. B. des Radfahrreitapparats, Velotrab, der Ruder- und Bergsteigevorrichtungen etc. das Körpergewicht in der ersten Woche um fast 1 kg. zunahm. Der an sich gute Appetit des Patienten hatte sich infolge der starken Motion noch gebessert. Erst als von der Mutter auf eine Verringerung der Kostsätze energischer acht gegeben wurde, verlor der Junge 2—3 kg. an Gewicht.

Den letzten Abschnitt dieser Besprechung des Krankenmaterials der Anstalt bilden die Erkrankungen des Nervensystems. Bei den Lähmungen möchte ich etwas länger verweilen, weil wir bei ihrer Behandlung vorwiegend auf die mechan. Mittel angewiesen sind. Die spinale Kinderlähmung nach Poliomyelitis acuta anterior in den ersten Lebensjahren wurde mehrfach behandelt — 4 von diesen Fällen führe ich speziell an.

I. 4-jähriges Mädchen mit schlaffer Lähmung der linken unteren Extremität. Spitzfussstellung. Das Bein klappte beim Auftreten im Knie zusammen. Tägliche Behandlung, 3 Wochen lang mit Massage, passiv-aktiven und leichten Widerstands-Bewegungen; Anregung der Innervation durch Faradisieren und Erschütterungmassage. Die Zugkraft war anfangs 200 g. steigt auf 1100 g., sinkt aber nach weiteren 3 Wochen, da die Behandlung unterbrochen war, auf 700 g.[14]. Patientin erhält eine Schiene nach Thomas (modifiziert) und kann leidlich gehen.

II. 3-jähriger Knabe. Rechtsseitige Lähmung, linksseitige Schwäche der unteren Extremitäten, rechts paralytischer Plattfuss. Zugkraft rechts 1000—1200 g. links 3000—3200 g. verlässt nach 6 Wochen mit gekräftigten Beinen die Behandlung, kann um einige hundert g. mehr ziehen und besser gehen nach Fixierung des rechten Kniegelenks durch eine Schiene.

III. 4-jähriger Knabe. Beiderseitige schlaffe Lähmung besonders links — hochgradige Atrophie der Muskeln und kaum bemerkbare Reaktion auf den elektrischen Strom. Pat. befindet sich seit einem halben Jahre in Behandlung, kommt aber sehr unregelmässig in die Anstalt. Die Zugkraft ist rechts von 400 g. auf 1300—1500 g. gestiegen links kann von einer Zugkraft nicht wohl die Rede sein, dagegen vermag Pat. jetzt 500—700 g. zurückzuhalten, was er früher nicht konnte. Auf das rechte Bein kann er sich etwas stützen, ermüdet aber sehr bald. Fortschritte waren nur in den ersten Monaten der Behandlung zu bemerken, zuletzt ist der Zustand ziemlich unverändert geblieben.

IV. 3-jähriger Knabe. Rechtsseitige Lähmung mit varo-equinus. Pat. trägt eine Hessing-Schiene, mit der er etwas angestrengt aber ziemlich rasch gehen kann. Die hier durchgeführte Behandlung — 6 Wochen lang — mit Schlammbädern, Massage, Elektrizität etc. verlief ziemlich resultatlos. Ein Jahr drauf wurde Pat. in Berlin operiert. Ob die Transplantation der Sehnen[15]) der benachbarten gesunden Muskeln auf die gelähmten M. M. Extensor digit. und Peroneus den gewünschten Erfolg gehabt, habe ich bisher noch nicht erfahren können.

Bei den Erwachsenen, die ich wegen Lähmung zu behandeln hatte, war diese auf verschiedene Ursachen zurückzuführen. Ich erwähne hier mehrere Fälle:

Zunächst eine Lähmung, die wahrscheinlich infolge von Poliomyelitis acut. adult. entstanden war. Ursprünglich waren der rechte Arm und das linke Bein gelähmt. Als ich den Fall zuerst sah, war bloss eine Radialislähmung, die sich vor allem in einer ganz ungenügenden Extensionsfähigkeit der Finger äussert. Es besteht etwas Pronationsstellung der Hand. Die Muskulatur des Arms ist atrophiert, besonders der Triceps und der Deltoideus.

Patientin (20 a. n.) ist im Laufe von $1^1/_2$ Jahren mehrere mal wochenlang behandelt worden. Dynamometrisch geben folgende Zahlen das Resultat der Behandlung an. Die Druckkraft der rechten Hand ist von 5 kg. auf 10 und schliesslich auf 18 kg. gestiegen. (linke

[14]) Die Messung der Zugkraft wurde mit dem Thilo'schen Apparat vorgenommen. Pat. auf dem Thilo'schen hohen Sessel sitzend und die Schnur mit dem Gewicht am freien Ende der Extremität befestigt.

[15]) u. a. beschrieben von Vulpius. Die Behandlung des Klumpfusses. Riedingers Arch. Bd. I. 1903. pag. 374.

Hand 20—22 kg.) An einer Maasstange mit der Hand und gestrecktem Arm emporgleitend gelangte Pat. anfangs nur bis 150 cm. Höhe. Jetzt kann sie den Arm ohne Nachhilfe erheben und über 2 Meter hoch an der Stange hinaufgreifen.

Vier Fälle von Hemiplegie infolge von apoplektischem Insult resp. Embolie, die spontan und nach einer gleich anfangs eingeleiteten Behandlung teilweise zurückgetreten waren, erfuhren in der Anstalt eine weitere Besserung im Sinne der Kräftigung.

Schliesslich seien hier noch erwähnt: ein Schwächezustand der rechten unteren Extremität nach Paraplegia syphilitica, der nach 2 Monate langer Behandlung sich besserte und eine traumatische Lähmung der linken Hand, die später in einen allgemeinen progressiven Lähmungszustand ausartete. Die Krankengeschichte dieses letzteren Falles beansprucht einiges Interesse und ist kurz folgende:

Der 63-jährigen Patientin war im Sommer 1904 ein Holzscheit von einer Höhe von c. 2 Meter auf die Finger der linken Hand gefallen. Der Schmerz verging bald und der Unfall wurde nicht weiter beachtet. Bald darauf bemerkte Pat. eine beginnende Schwäche der Hand, die ihr immer mehr auffiel und schliesslich sich aut den ganzen linken Arm erstreckte. In meine Behandlung kam Pat. den 9 Februar 1905. Ich fand die Muskulatur des Arms atrophiert und eine schwache Reaktion besonders der Strecker auf den elektr. Strom. Druckkraft sehr gering (0,5 kg.). Das Fingerstrecken kommt aktiv sehr mühsam und nur mit Nachhilfe zu stande. Massage des ganzen Arms, systematische Uebungen der Finger und der Hand 2 mal täglich, Vibration, Elektrisieren wurde 5 Wochen lang fortgesetzt, hatte aber einen sehr geringen Erfolg. Dynamometrisch konnte eine Kräftigung der gelähmten Extremität nachgewiesen werden, jedoch ging diese wieder zurück sobald die Behandlung aufhörte.

Der Zustand schien hoffnungslos und Pat. wurde nach Hause entlassen. Später hörte ich, dass die Lähmung auf alle 4 Extremitäten übergegangen und Aphasie eingetreten sei (Paralysis glosso-labio-laryngea). Am Anfang dieses Jahres lebte Patientin noch — hoffentlich ist sie nun von ihrem traurigen Zustande erlöst.

Bei den c. 20 hier in Pernau behandelten Fällen von Lähmungen habe ich den Eindruck gewonnen, dass, wenn die Parese nicht spontan zurückgeht, alle physikalischen Mittel nur langsam und trotz aller Sorgfalt ungenügend zu wirken imstande sind. Viel Geduld ist erforderlich und dennoch ist der Erfolg nicht selten bescheiden genug.

Von den übrigen Erkrankungen der Nerven — die Neurasthenischen und Hysterischen boten nichts Bemerkenswertes, sie verliessen ganz oder teilweise befriedigt, einige aber auch unbefriedigt die Behandlung — nenne ich die Neuralgieen an letzter Stelle.

Unter den Neuralgieen habe ich mehrere Interkostalneuralgieen behandelt, bei denen sich die Galvanisation als ein ganz zuverlässiges Mittel erwies. Massage und Centrifugalklopfung unterstützten die Behandlung.

Von 4 Ischias-Fällen wurden zwei in kurzer Zeit (Behandlung von 10—14 Tagen) als geheilt entlassen, einer nach c. 4 Wochen — die Heilung stellte sich erst hernach ein — und der vierte erwies sich als zu hartnäckig um in zwei Wochen auf mechanischem Wege irgendwie beeinflusst zu werden. Unter Heilung verstehe ich bloss das Aufhören der Schmerzen beim Gehen und bei forzierteren Bewegungen. Dass die 3 geheilten Fälle rezidivfrei geblieben oder bleiben werden, wage ich nicht zu hoffen. Bei der Behandlung wurde die Dehnung des Nerven nach Hegar[16]) vorsichtig begonnen und trotz grosser Schmerzhaftigkeit im Anfang konsequent fortgesetzt. Empfehlenswert ist auch die Dehnung durch die Bewegung am Beely'schen Ruderapparat, von dem bereits die Rede war. Massage und Hydrotherapie (Schottische Douche) dienten als Unterstützung der Behandlung.

Damit wäre das bescheidene kleine Krankenmaterial so ziemlich erschöpft und das Wichtigste darüber gesagt. Das im Januar c. begonnene dritte Jahr meiner hiesigen Tätigkeit ist bei den therapeutischen Rückblicken teilweise berücksichtigt worden; es scheint für die weitere Existenz der Anstalt ein kritisches werden zu wollen. Den ganzen Winter 1905/06 wurde die Anstalt schwach besucht und von der bevorstehenden Badesaison ist nicht viel zu erwarten, da die Anmeldungen von Kurgästen sehr spärlich einlaufen und die Saison im besten Fall die Frequenz früherer Jahre nicht erreichen wird. Ob es der Anstalt möglich sein wird in bisheriger Weise bestehen zu können, erscheint fraglich. So lange ihr das vergönnt ist, soll sie mit dem wenigen, das ihr gegeben, treu umgehen und die wissenschaftlich begründeten und exakt erforschten mechanischen Heilmittel zum Nutzen ihrer Kranken verwenden.

[16]) vgl. Bum, Handb. d. Massage u. Heilgymnastik, Wien 1902 pag. 245 ff. Fig. 126.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau.

Sitzung vom 12. Januar 1906.

1. Liedke berichtet über einen Fall von Fibrom des Cavum pharyngonasale, bei dem er behufs Entfernung die osteoplastische Resektion beider Oberkiefer nach Kocher-Payr ausführte. Das Autoreferat lautet folgendermassen:

Im Oktober 1905 hatte ich Gelegenheit einen 16-jährigen Patienten zu untersuchen, welcher über eine vor ungefähr einem halben Jahre beginnende Unwegsamkeit beider Nasengänge klagte.

Irgend welche Krankheiten durchgemacht zu haben erinnert sich Patient nicht. Herz und Lunge bieten nichts abnormes. Im Urin kein Eiweiss. Der Gesichtsausdruck ist ein schläfriger. Rechterseits herabgesetzte Gehörschärfe. Beide Nasengänge vollständig undurchgängig. Die Digitaluntersuchung gestattet im Cavum pharyngonasale einen glatten wallnussgrossen Tumor und den breitbasigen Sitz dieser Geschwulst am Rachendach nachzuweisen. Da Patient in eine Operation willigte, fragte es sich auf welchem Wege der genannte Tumor in übersichtlicher Weise entfernt werden sollte.

Im Archiv für klinische Chirurgie Band 72, Heft 2 vom Jahre 1904 war eine Abhandlung «über neuere Methoden zur operativen Behandlung der Geschwülste des Nasenrachenraumes, mit besonderer Berücksichtigung der Kocher'schen osteoplastischen Resektion beider Oberkiefer von Prof. Dr. Erwin Payr erschienen.

Dieser Artikel veranlasste mich meinen Patienten nach dieser erwähnten Methode einer Operation zu unterziehen.

Es wurde die Oberlippe in der Mittellinie bis zum häutigen Septum gespalten, die Schleimhaut am proc. alveolaris an der Uebergangsfalte in einer Ausdehnung von 3 Ct. nach jeder Seite durchtrennt. Die Gesichtsweichteile wurden nun vom Oberkiefer bis zur Spina nasalis ant. abgelöst. Beide Oberkiefer werden jetzt mittelst eines breiten, oberhalb der Alveolarfortsätze aufgesetzten Meissel in der Richtung von vorn nach hinten durchschlagen. Es wird nun der mucösperiostale Ueberzug des harten Gaumens in der Mittellinie von hinten nach vorn gespalten und durch Meisselschläge die beiden Oberkiefer in der Medianlinie von einander getrennt. Durch einen Scheerenschlag wurde der weiche Gaumen auf ungefähr 2 Ct. durchschnitten, worauf sich durch Einsetzen von Hacken die beiden Oberkiefer auf ungefähr 4 Ct. Entfernung auseinanderziehen liessen. Nachdem die Blutung durch Tamponade (mit Adrenalinlösung von 1:1000) gestillt, hatte man einen freien Einblick auf den Tumor. Mit einigen Scheerenschnitten und unter Benutzung eines scharfen Löffels wurde derselbe entfernt und der Geschwulstboden mit dem Paquelin verschorft. Darauf folgte eine Tamponade mit Gaze, die Enden dieser Gaze wurden durch die Nasenlöcher herausgeleitet. Die beiden Oberkiefer werden zusammen-

geklappt und durch einen oberhalb der Alveolarfortsätze durchgelegten Silberdraht wieder vereinigt. Naht der Schleimhaut an der Umschlagsstelle, Naht der Oberlippe und des weichen Gaumens. Weder durch die Nase, noch in den Rachen fliesst Blut. Der Puls war am Abend des Operationstages bis auf 100 gestiegen, um nach einigen Tagen zur Norm wiederzukehren. Einen Tag nach der Operation trat eine recht starke Gesichtsschwellung und Oedem der unteren Augenlider auf, diese Erscheinungen schwanden nach 5 Tagen vollständig. Am 5. Tage wurden die Tampons entfernt und es erfolgte eine tägliche Ausspülung mit Kalihypermangan. und eine Einblasung von Jodoformpulv. Die Temperatur war acht Tage hindurch erhöht und stieg Abends bis 38°. In der ersten Zeit erhielt Patient nur flüssige Nahrung, am Ende der zweiten Woche feste Speisen. Das Kauen ging ungehindert vor sich, die Gehörschärfe war eine normale geworden und die Unwegsamkeit beider Nasengänge vollständig geschwunden.

In der sich an den Vortrag anschliessenden Diskussion macht v. Grot, der bei der Operation assistiert hat, einige ergänzende Bemerkungen. Der Patient wird nach Payr unter einem Winkel von 45° gelagert und der Kopf zurückgebogen, um auf diese Weise eine Verminderung der Blutstauung zu erzielen. Die Blutung ist eine kolossale, so dass sehr schnell operiert werden muss. Nur durch Anwendung von Adrenalin gelingt es den Tumor in der Blutlache sichtbar zu machen. Der kosmetische Erfolg ist ein ausgezeichneter. Der Eingriff wird so gut vertragen, dass man ihn auch bei kleineren Tumoren anwenden könnte. Die Grösse und der Sitz des Tumors dieses Falles machten die Anwendung einer anderen Operationsmethode unmöglich.

An der Diskussion beteiligten sich ferner: Mau, Christiani, Zoepffel, v. Rautenfeld und Prissmann.

2. Prissmann referiert über einen von ihm beobachteten Fall von Syphilis maligna, welche letztere keineswegs mit der Syphilis gravis verwechselt werden darf.

Während bei der Syphilis gravis der Verlauf ein gewöhnlicher, nur überaus schwer, meist mit Betallensein lebenswichtiger Organe ist, hat das Krankheitsbild der malignen Syphilis ein charakteristisches, einheitliches Gepräge. Dasselbe ist gekennzeichnet durch das frühzeitige Auftreten der tertiären Erscheinungen, durch die Kürze oder fast völliges Fehlen der sekundären Periode, durch die Häufung der oft Schlag auf Schlag folgenden Recidive und last, not least durch die typischen Hautulcera, die in dieser Form fast ausschliesslich bei der Syphilis maligna vorkommen. Die meist kreis- bis ringförmigen, oberflächlichen, gewöhnlich sehr zahlreichen Hautgeschwüre haben eine gewisse Aehnlichkeit mit Ulcera mollia. Beim Abheilen derselben bilden sich unter Hinterlassung starker Pingmentationen keloidartige Narben. Mit Recht verlangt Harlund, dass man diese Syphilisform als Syphilis ulcerativa praecox und nicht als maligna bezeichnen sollte. Deckt sich doch die hier in Frage kommende Malignität selten, wenn überhaupt je mit dem usuellen Begriff der Malignität als einer zu Tode führender Kachexie. Wenn die Prognose auch ernst ist, so genesen doch die Meisten an maliguer Syphilis leidenden Patienten.

Der vom Referenten beobachtete Fall betrifft einen 30. Jahre alten Mann, der zugleich mit dem Ulcus serpiginosum durum ein intensives, maculo-papulo -pustulöses Exanthem aufwies, abgesehn von schweren Schleimhauterscheinungen im Rachen und Munde. Kaum waren diese Symptome gewichen als sich auch schon Patient mit zahlreichen 20 Kop.- bis Silberrubelgrossen, ganz oberflächlichen Ulcerationen auf behaartem Kopfe, Stirn, Unter- und Oberextremitäten, Rücken und Nates einstellte. Bei Feststellung der Diagnose und der bekannten Machtlosigkeit der Therapie, speziell bei dieser Luesform, wenigstens in der armen Privatpraxis überwies Ref. den Kranken einer regelrechten Anstaltsbehandlung. Das weitere Schicksal desselben ist unbekannt. Weder Quecksilber in der gewöhnlichen Verordnung, noch Jodkali (letzteres vielleicht schon eher) bringen bei der Syphilis maligna irgend welchen bleibenden Nutzen, ja unter Quecksilber verschlimmern sich oft die Symptome. Trotzdem empfiehlt in letzter Zeit wieder Buschke nach einer Probe mit geringen Sublimatinjektionen, falls keine Verschlimmerung eintritt, zu Calomelinjektionen überzugehen, die mitunter von gutem Erfolg sein sollen. Jodkali bewährt sich nach Buschke meist, die Zittmannkur scheint dagegen unwirksam zu sein. Glücklicherweise sind die typischen Fälle von maligner Syphilis im Ganzen recht selten.

(Autoreferat).

Zoepffel sah einen Fall von Syphilis maligna, der erfolgreich mit Einpackungen und Zittmanns Dekokt behandelt wurde. Auch in diesem Falle fand sich das charakteristische Auftreten von Ulcerationen in frühen Stadien: die ganze Haut — selbst diejenige des Kopfes — war mit Ulcerationen bedeckt.

Christiani erwähnt, dass Schuster (Aachen) bei seinen Untersuchungen über S. maligna die Häufigkeit der extragenitalen Infektionen betont und unter seinen Fällen auffallend viel Kollegen zählt.

3. Christiani hat in der letzten Zeit sechs Fälle von Vulvovaginitis bei kleinen Mädchen behandelt. Die Infektion sass in der Urethra. In solchen Fällen empfiehlt sich die Einspritzung einer 1—5 pCt. Argentum nitricum Salbe in die Urethra. Die Schmerzen sind dabei minimale.

Nach Prissmann findet eine ähnliche, von Tommasoli herrührende Behandlung auch bei Männern Anwendung.

Bei Cystitis der Frau können nach Christiani bis 10 pCt.-ige Argent. nitricum-Lösungen in kleinen Mengen in die Blase gespritzt werden; zur Herabsetzung der Empfindlichkeit spritzt man vorher 4 pCt. Antipyrinlösung ein. Wenn die Cystitis auf einer tuberkulösen Infektion beruht, erfolgt schon auf schwache Lösungen eine heftige Reaktion.

Zoepffel drückt sein Erstaunen darüber aus, dass die zarte Schleimhaut des Kindes 10 pCt. Argentum-Lösungen vertragen.

Christiani hat keine schlechten Folgen von ihrer Anwendung gesehn.

Prissmann meint, dass in der Urologie viel zu starke Lösungen gebraucht würden; schwächere Lösungen täten bessere Dienste.

Nach Christiani beruht der Zweck der starken Lösungen darin, die Oberfläche abzubeizen, um auf solche Weise die tieferen Gewebsschichten den schwächeren Lösungen zugänglich zu machen.

Braun spricht sich hinsichtlich der eitrigen Augenkatarrhe für die Anwendung schwächerer Lösungen aus.

Ischreyt weist darauf hin, dass die Behandlung der Augenblenorrhoe im Laufe der Zeit insofern eine Wandlung erfahren habe, als man allmälich von sehr starken zu schwächeren Mitteln übergegangen sei; denn während A. v. Graefe noch den Lapis mitigatus empfahl, wenden gegenwärtig einige Kliniker nur noch desinfizierende Flüssigkeiten an.

Praeses: Prissmann.
Sekretär: Ischreyt.

Sitzung vom 2. Februar 1906.

1. Goldberg stellt einen 52-jährigen Patienten vor, der seit einigen Monaten an einer starken Vergrösserung der Milz leidet. Eine genaue Blutuntersuchung hat bisher noch nicht stattfinden können, doch ist er geneigt auf Grund der übrigen Befunde eine lienale Leukämie anzunehmen.

Nach v. Grot's Ansicht handele es sich hier um einen primären Milztumor.

2. Prissmann stellt aus dem Material des Stadtkrankenhauses einen Mann von 35 Jahren (Lette vom Lande) mit einer tumorartigen Verwölbung der Unterlippe vor. Das Leiden besteht seit 2—3 Monaten, Entstehungsursache nicht zu eruieren. Die Mitte und der grösste Teil der rechten Hälfte der Unterlippe ist beinahe rüsselförmig vorgewölbt, ziemlich scharf gegen die Umgebung sich abhebend. Ein Geschwür im gewöhnlichen Sinne des Wortes liegt nicht vor, blos ist die Oberfläche des kleinen Tumors ulzeriert. Submaxillardrüsen beiderseits stark geschwollen; Lymphstränge, die von der erkrankten Stelle nach den Drüsen ziehen (wie das mitunter der Fall ist) sind hier nicht nachzuweisen. Keine deutlich erkennbare Polyadenitis, kein Exanthem. Demonstrant nimmt trotzdem mit aller Bestimmtheit eine Lippensklerose an. In Frage könnte höchstens ein Karzinom kommen, wogegen aber eigentlich Alles (Alter, Zeitdauer, Aussehn des Tumors) spricht.

(Autoreferat).

Goldberg weist auf die prompte Wirkung der Schmierkur hin, die diagnostisch sehr ins Gewicht falle.

v. Grot schliesst sich der Diagnose auf luetischen Primäraffekt an; das Fehlen eines Infiltrationswalls und einer Verhornung sprechen gegen Karzinom, ebenso die Beschaffenheit und der Sitz der Drüsen, die weniger hart und grösser als die karzinomatösen Drüsen sind.

3. Im Anschluss daran giebt Prissmann eine kurze Beschreibung der von ihm beobachteten extra- und perigenitalen Schanker, im Ganzen 11 Fälle. Davon waren 3 Lippensklerosen, 1 Sklerose am innern Augenwinkel, je ein Ulcus durum der Wangenschleimhaut (Halbweltdame) und des Perineums (Frau eines Syphilitikers), 2 Fälle von Ulcera dura in regione pubis, 1 Ulcus durum scroti anterioris und 2 Fälle von Ulcera mollia auf Oberschenkel und Inguinalfalte (bei einem jungen Manne und bei einer Frau eines an weichen Schankern leidenden Mannes). Die Häufigkeit der extragenitalen Infektionen für Libau möchte Ref. auf höchstens 1 pCt. beziffern, während sie sonst auf 2—5, ja bis 10 pCt. taxiert wird.

4. Goldberg demonstriert einen mächtigen, 10 gramm schweren, Nierenstein, der einen vollständigen Ausguss des Nierenbeckens darstellt. Er stammt von einem, mit der Diagnose Vitium cordis dem Krankenhaus eingelieferten moribunden Chinesen. Die Obduktion ergab Schrumpfniere und förderte den Stein zu Tage.

5. Christiani stellt eine Pat. mit einer Blasenscheiden- und Mastdarmscheidenfistel vor, die sie bei der vor 1½ Jahre zurückliegenden Entbindung acquiriert hat. Die ganz kolossalen Zerstörungen sind offenbar durch die Hände alter Weiber, welche den vorausgehenden Kopf aus der Scheide gepresst, gesetzt worden. Gleich hinter dem Introitus vaginae stösst der Finger auf einen harten runden nach oben die ganze Vagina abschliessenden Callus. Vorne gleich hinter der Symphyse gelangt der Finger vor dem Callus nach oben durch eine längliche Oeffnung in die Blase. Die Urethra ist von der Blase vollkommen abgerissen. Hinten unten vor dem Callus wölbt sich durch einen 2markstückgrossen Defekt im Mastdarm Schleimhaut vor. Pat. menstruiert. Doch ist eine Komunikation zwischen dem vorderen Scheidenteil und dem hinter dem Callus gelegenen Teil nicht nachweisbar. Operativ kommt wohl nur eine Obliteratio vulvae in Frage.

6. Zoepffel hält seinen angekündigten Vortrag über die «moderne Tuberkulosetherapie».

Im Anschluss daran referiert Ischreyt über die Erfahrungen mit dem Koch'schen Tuberkulin T. R. in der Augenheilkunde.

Die beiden Vorträge rufen eine längere Debatte hervor, an der sich besonders Christiani, Goldberg, Michelson und Prissmann beteiligen.

Prissmann referiert hierbei ausführlich über die Rovsing'sche Behandlungsmethode der Blasentuberkulose.

Prissmann: zu der vom Vortragenden erwähnten, im Ganzen erfolglosen Behandlungsmethode der Blasentuberkulose will ich eine neue hinzufügen, die eine definitive Heilung bezweckt und in der Tat auch erreichen soll. Auf dem letzten Kongress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie teilte Rovsing mit, dass er in letzter Zeit 11 einschlägige Fälle behandelt habe, von denen 10 definitiv geheilt und der elfte auf dem besten Wege dazu sei. 100 ccm. einer 5 pCt. bis 38° C. erwärmten Karbolsäurelösung wird in die Blase gespritzt, nach 5 Minuten wird sie wieder per Katheter entleert, dann eine neue Portion eingespritzt, zwei — bis drei mal — bis die Lösung sich nicht mehr trübt. Diese Prozedur wird jeden zweiten Tag wiederholt bis die Blasenschleimhaut cystoskopisch, der Harn mikroskopisch vollständig gesund gefunden werden. Erstaunlich rasch — oft binnen 2—3 Wochen werden die Ulcerationen in blasse, glatte Narben verwandelt. Nach dieser warmen Empfehlung von berufenster Seite wird es Pflicht und Schuldigkeit eines jeden Praktikers sein, einen jeden einschlägigen Fall nach diesen Angaben zu behandeln, wenngleich gerade in letzter Zeit vielfach die Ansicht vertreten ist, dass die Blasentuberkulose fast immer sekundärer Natur sei, der primäre Herd sitze in der Niere, die nach Möglichkeit entfernt werden soll. Verhält es sich so, dann dürften allerdings die Recidive bei der Rovsing'schen Behandlung nicht lange auf sich warten lassen. — In Betreff der Genitaltuberkulose möchte ich, wie schon früher einmal, nochmals betonen, dass man vor der chirurgischen Entfernung eines scheinbar tuberkulösen Hodens stets an Lues nicht nur denken, sondern auch in jedem Falle, wenn nicht gerade absolute Beweise für die Diagnose vorliegen, eine antiluetische Behandlung (wenigstens Jodkali) einleiten müsse, da mitunter die Hoden als tuberkulös entfernt werden, die sich nachträglich als luetisch dokumentieren.

Zur Frage der Sterblichkeitsabnahme an Tuberkulose möchte ich Interessenten auf die Ausführungen Robert Koch's in der «Deut. med. Wochenschr.» hinweisen, nach denen jetzt in Preussen allein 20000 Todesfälle jährlich weniger zu verzeichnen sind, als vor 20 Jahren, ein gewiss sehr beachtenswerter Erfolg der seit Jahren in den zivilisierten Staaten konsequent durchgeführten prophylaktischen Massnahmen.

(Autoreferat).

Goldberg weist darauf hin, dass eine Tuberkulosestatistik für Libau sehr wünschenswert wäre.

Nach den Beobachtungen mehrerer Kollegen sind tuberkulöse Erkrankungen in Libau auffallend selten. Prissmann erwähnt dieses hinsichtlich des Lupus vulgaris, v. Grot hinsichtlich tuberkulöser chirurgischer Erkrankungen (der Gelenke und Drüsen). Prissmann sah Tuberkulose der Blase auffallend selten, Christiani ist die Seltenheit schwerer Tuberkulosen aufgefallen.

Präses: Prissmann.
Sekretär: Ischreyt.

Rechenschaftsbericht der livländischen Abteilung des St. Petersburger ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe.

Ueber die Verwendung der zum Besten notleidender Kollegen und ihrer Familien eingelaufenen Summen.

Die Einnahmen setzen sich aus folgenden Posten zusammen:

	Rbl.	Kop.
Von der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga	1650	00
Durch die Redaktion der «St. Petersburger Med. Wochenschrift» von den Petersburger Kollegen	680	00
Von der Dorpater medizinischen Gesellschaft und den Dorpater Kollegen	616	00
Vom Revaler Aerzteverein	500	00
Dr. Mickwitz-Törwa 25 00; Frau Dr. S. 5 00	30	00
K. U. 10 00; H. H. 5 00; Dr. Wihstutz-Gross Roop 5 00	20	00
Von den Kollegen aus Wolmar	12	00
Dr. Schneider-Uzäny 5 00; Dr. G. Nauheim 100 00	105	00
Von den Kollegen aus Friedrichstadt	9	00
Von den Kollegen aus Arensburg	75	00
Vom wissenschaftlichen Verein der Aerzte Mitaus	230	25
Von den Kollegen aus Libau	133	00
Dr. Schneider-Pernau	50	00
Dr. Grimm-Lublin	20	00
Dr. Peterson-Jusowka	10	00
Frau Helene v. Sivers 30; Frl. Justine v. Seidlitz 50	80	00
Dr. Wernecke-Odessa 20; Dr. Spinkler-Alexejewka 15	35	00
Aus Dresden 1000 Mark	465	75
Aus Werro	88	00
Vom Illuxtschen Aerzteverein	48	00
Dr. Friedenthal 5; Dr. Hörschelmann-Rappin 5	10	00
Summa	4867	00

Ausgaben:

	Rbl.	Kop.
Der Frau eines von seiner Stelle vertriebenen Kollegen zum Aufenthalt in einer Lungenheilstätte	500	00
Der Frau eines von den Revolutionären ermordeten Kollegen	500	00
Der Frau eines von den Revolutionären ermordeten Kollegen	500	00
Zwei Arztwitwen, die durch die Revolution in drückende Verhältnisse geraten, 100+150 R.	250	00
5 Kollegen, die wegen der Revolution von ihren Stellen flüchten mussten, à 250 Rbl.	1250	00
Einem von den Revolutionären beraubten Kollegen	250	00
Einem von der Revolution geflüchteten Kollegen, dem seine fahrende Habe verbrannt war	400	00
Einem Kollegen an Subsidie	80	00
Der geflüchteten Frau eines Kollegen, der noch auf dem Kriegsschauplatz weilte	150	00
	3880	00
Einnahmen	4867	00
Ausgaben	3880	00
Saldo	987	00

Indem der Vorstand des ärztlichen Rechtsschutz-Vereins allen Gesellschaften und Personen, welche zu diesem Liebeszwecke beigesteuert haben, den wärmsten Dank ausspricht, wird er das oben angegebene Saldo für weitere Unterstützungen im Sinne der Spender verwalten.

Dr. med. A. Lezius,
derz. Kassierer.

Dorpat, im August 1906.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Zum Präsidenten der Russischen Gesellschaft des «Roten Kreuzes» soll, an Stelle des zum Ackerbauminister ernannten Fürsten Wassiltschikow, der Generaladjutant Baron Th. Meyendorff ernannt werden.

— Dem Professor Dr. Oskar v. Petersen hierselbst ist der Preussische Kronenorden II. Klasse verliehen worden.

— Der Korpsarzt des 8. Armeekorps Dr. Hörschelmann ist mit Uniform und Pension verabschiedet worden.

— Vom Professorenkonseil des weiblichen medizinischen Instituts sind am 16. Sept. auf ein Jahr wiedergewählt worden: Prof. Dr. S. Salaskin — zum Direktor, Prof. Dr. A. Kadjan — zum Gehülfen des Direktors und Prof. Dr. A. Lichatschew — zum gelehrten Sekretär des Konseils.

— Professor Dr. Wilh. Ebstein, einer der angesehensten Kliniker, tritt mit dem Beginn des Wintersemesters von seiner Lehrtätigkeit an der Universität Göttingen zurück. Sein Nachfolger ist Prof. Dr. Wilh. His in Basel. Prof. Ebstein, der im November sein 70. Lebensjahr erreicht, ist ein Schüler Frerichs und Virchows und seit 1874 Lehrer an der Göttinger Universität.

— Prof. Dr. Hermann Krause, der bekannte Spezialist für Hals- und Kehlkopfkrankheiten in Berlin, welcher in weiteren Kreisen dadurch bekannt wurde, dass er bei der Erkrankung Kaiser Friedrichs als einziger Berliner Arzt zugezogen war, hat nach 33-jähriger Tätigkeit als Arzt und Universitätslehrer Berlin für immer verlassen und ist nach Florenz übergesiedelt. Prof. Krause hatte schon vor längerer Zeit infolge einer lebhaften Auseinandersetzung mit dem Kultusministerium, das sein zu Reklamezwecken benutztes Gutachten über eine Seife tadelte, seine Professur an der Berliner Universität niedergelegt.

— Suspension vom Amte. Der Oberarzt und der Inspektor des rigaschen Militärhospitals sind, wie das «Rig Tagebl.» erfährt, auf Befehl des Kommandierenden des Wilnaschen Militärbezirks wegen Unordnungen in der Amtsführung zeitweilig ihres Amtes enthoben worden.

— Die Universität Aberdeen hat aus Anlass ihrer Vierhuntertjahrfeier an zahlreiche auswärtige Gelehrte den Titel eines Doktors honoris causa verliehen. Von deutschen Medizinern sind darunter die Professoren Liebreich (Pharmakolog) in Berlin, Kobert (Pharmakolog) in Rostock, Trendelenburg (Chirurg) in Leipzig und Hüppe (Hygieniker) in Prag. Durch diese Verleihung sind die genannten Professoren in die Klasse der Juristen gerückt, da die Universität Aberdeen, ebenso wie die andere schottische Universität Edinburg, nur den «Doctor legum», aber keinen «Doctor medicinae» als Ehrendoktor kennt.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 5. September in Kasan der frühere Professor der Augenheilkunde an der dortigen Universität, Dr. Emilian Adamjuk, im 68. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war im Gouvernement Grodno geboren, besuchte das Gymnasium in Bialostok und studierte als Stipendiat des Wilnaschen Lehrbezirks in Kasan, wo er 1863 den Arztgrad erlangte. Nach Verteidigung seiner Doktordissertation «Ueber den intraokulären Druck» wurde er zur weiteren Ausbildung in der Augenheilkunde nach Deutschland und Oesterreich geschickt. Von dort zurückgekehrt, begann er 1870 seine Lehrtätigkeit in Kasan als Dozent und war dann viele Jahre als Professor der Augenheilkunde dort tätig. Neben seiner Lehrtätigkeit bewältigte er noch eine ausgebreitete Privatpraxis. Unter seinen zahlreichen Arbeiten aus dem Gebiet der Augenheilkunde haben die grösste Verbreitung seine «Anleitung zum Studium der Augenkrankheiten» und die «Ophthalmologischen Beobachtungen» gefunden. 2) In Kislowodsk Dr. Friedrich Döbele, freipraktizierender Arzt in St. Petersburg, im Alter von 38 Jahren nach 12-jähriger ärztlicher Tätigkeit hierselbst. 3) Am 30. August in Bern der Petersburger Arzt Dr. Jakob Schmulewitsch im 68. Lebensjahre an einem organischen Herzfehler. Die ärztliche Praxis hat der Verstorbene seit 1862 ausgeübt. 4) In Moskau am 16. Sept. Dr. Karl Schneider im 54. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Kurland und hatte seine medizinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1873—81 studierte und 1887 die Doktorwürde erlangte. Seine praktische Tätigkeit begann er 1882 in Lemsal, siedelte aber nach 5 Jahren nach Moskau über, wo er sich bleibend niederliess. 5) In Wien der bekannte Dermatologe Prof. Dr. Isidor Neumann. Erst vor kurzem trat er wegen Erreichung der festgesetzten Altersgrenze von der Lehrtätigkeit an der Wiener Universität zurück. 6) In Innsbruck der Direktor der Augenklinik an der Prager deutschen Universität, Prof. Dr. Wilhelm Czermak. Er ist im noch nicht vollendeten 50. Lebensjahre einem Schlaganfall erlegen. Czermak wirkte an den Universitäten Graz, Wien und Innsbruck, bevor er 1895 als Nachfolger Schnabels nach Prag kam. Von seinen Werken seien hier die «Allgemeine Semiotik und Diagnostik der äusseren Augenerkrankungen» und die in 19 Heften erschienene Sammlung «Augenärztliche Operationen» hervorgehoben.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— An den meisten unserer russischen Universitäten und med. Instituten haben die Vorlesungen und praktischen Beschäftigungen begonnen, doch dauern die Studentenmeetings noch fort, auf denen auffallend gleiche Beschlüsse gefasst werden, die dahin lauten, dass die Eröffnung der Universitäten und Institute notwendig sei, um sie den Zielen des revolutionären Kampfes dienstbar zu machen. Besonders lebhaft ist es auf einem Meeting im hiesigen weiblichen medizinischen Institut hergegangen, wo die arbeitswilligen Studentinnen, welche den Mut hatten zu erklären, dass sie zu arbeiten wünschten, gerade zu eine Empörung und unglaubliche Schmähungen seitens der «Fortschrittlichen» Kameradinnen hervorriefen. In Moskau wurden auf einem Studentenmeeting auch beschlossen, mit allen Kräften die Hinzuziehung von Studenten in das Professorenkonseil zur Entscheidung akademischer Fragen anzustreben. In Dorpat hat die Mehrzahl der Redner auf dem Meeting, wie die «Nordliv. Ztg.» berichtet, geradezu erklärt, dass in jetziger Zeit an ein ruhiges wissenschaftliches Arbeiten kaum zu denken sei: Die Hauptsache sei die politische Arbeit. Dem entsprach denn auch die vom Präsidium eingebrachte Resolution in welcher erklärt wurde: die Universität wird eröffnet, um der Studentenschaft zugleich die Möglichkeit zu geben, sich politisch zu organisieren und sich zu «vertiefen», um im gegebenen Moment bereit zu sein, sich der allgemeinen «Bewegung» anzuschliessen.

Unter solchen Umständen lässt sich natürlich nicht ohne Besorgnis in die Zukunft unseres Hochschullebens blicken.

— Das Gesuch der Konferenz der militär-medizinischen Akademie, betreffend die Einführung der Autonomie in der Akademie, ist vom Militärkonseil abschlägig beschieden worden.

— Die Zahl der Stabsoffiziere, welche die Aufsicht über die Studierenden der militär-medizinischen Akademie ausüben, ist auf zehn erhöht worden.

— Zum Dekan der Charkower medizinischen Fakultät ist, an Stelle des von diesem Amte zurückgetretenen Professors L. Orlow, Professor A. Kusnezow zeitweilig bestimmt worden.

Standesangelegenheiten.

— In Narym (Gouv. Tomsk) ist der Landschaftsarzt Dr. Ljubimow wegen politischer Unzuverlässigkeit aus dem Dienst entlassen worden.

— Unter den 52 Mitgliedern des Konseils der Arbeiterdeputierten, gegen welche die Verhandlungen des Prozesses am 19. September in der hiesigen Gerichtspalate begonnen hat, befindet sich auch der hiesige Arzt Andreas Voit. Sämmtlichen Angeklagten wird zur Last gelegt, dass sie zu einem Verbande gehörten, welcher den Zweck verfolgte, die Staatsordnung in Russland gewaltsam zu stürzen, und bereits an die Vorbereitungen zur bewaffneten Empörung gegangen ist.

— Ein Denkmal für Dr. Lahmann, den im vorigen Jahre verstorbenen Gründer des bekannten «Sanatoriums-

zum Weissen Hirsch» bei Dresden, soll im Laufe des nächsten Jahres errichtet werden. Unter den früheren Kurgästen aus aller Herren Ländern sind zu diesem Zweck bereits 30,000 Kronen (= 12,000 R.) gesammelt worden.

— Zum Andenken an den kürzlich verstorbenen Protozoenforscher **Fritz Schaudinn** soll, wie aus **Hamburg** gemeldet wird, alle zwei Jahre unter Mitwirkung inländischer und ausländischer Gelehrter durch das dortige Institut für Tropenkrankheiten eine **Medaille** für hervorragende Arbeiten der Mikrobiologie verliehen werden. Ausserdem hat die **Deutsche Dermatologische Gesellschaft** auf ihrer diesjährigen Tagung in Bern einstimmig beschlossen, der **Schaudinn-Stiftung** eine Ehrengabe von 5000 Mk. zu überweisen und den ersten Band ihrer Verhandlungen «In Memoriam **Fritz Schaudinn**» herauszugeben und mit einem Bildnis dieses ausgezeichneten Forschers zu versehen.

Verschiedene Mitteilungen.

— Der St. Petersburger Stadthauptmann hat sich an die Hauptgefängnisverwaltung mit der Bitte gewandt, das städtische psychiatrische Hospital von den dem Hospital zur Beobachtung überwiesenen Arrestanten zu befreien. Abgesehen davon, dass die politischen Gefangenen zur Ueberfüllung des Hospitals beitragen, demoralisieren sie die Kranken und terrorisieren das Pflegepersonal. Es ist so weit gekommen, dass sie einen der von ihnen boykottierten Aufseher bis zum Verlust seiner Arbeitsfähigkeit misshandelt haben. Auch das Polizeidepartement soll nicht damit zufrieden sein, dass die Arrestanten zur Beobachtung auf ihren Geisteszustand im städtischen Hospital untergebracht werden, da von dort häufig Fluchtversuche derselben stattfinden.

— Prof. Dr. v. **Behring** hat gelegentlich des Besuches der französischen Aerzte in Marburg in einem Vortrage mitgeteilt, dass es ihm gelungen sei, aus den Tuberkeln ein Präparat, das er «**Tulase**» nennt, zu gewinnen, mit welchem es ihm gelungen sei, **Tiere gegen eine Infektion mit virulenten Tuberkelbazillen zu schützen**. Es sei nicht unmöglich, dass es auch durch Verfütterung der Tulase gelingen werde, Schutz- und Heileffekte zu erzielen.

Bf.

— **Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs** betrug am 9. Sept. d. J. 11176 (121 mehr als in der Vorwoche), darunter 1371 Typhus — (33 mehr), 1137 Syphilis — (76 mehr), 456 Scharlach — (5 mehr), 249 Diphtherie — (7 mehr), 60 Masern — (7 wen.), und 7 Pockenkranke — (1 wen. als in der Vorw.)

— **Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg** betrug in der Woche vom 3. bis zum 9. Sept. d. J. im ganzen 696 (398 M., 298 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 45, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 14, Scharlach 32, Diphtherie 38, Croup 0, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 16, Erysipelas 7, Grippe 7, Katarrhalische Lungenentzündung 67, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 13, Tuberkulose der Lungen 90, Tuberkulose anderer Organe 14, Alkoholismus und Dilirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 36, Marasmus senilis 16, Krankheiten des Verdauungskanals 77, Totgeborene 40.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 3. Okt. 1906.

Tagesordnung: **Fuhrmann**: Ueber relative Pylorusstenose des Säuglings.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 25. Sept. 1906.

Tagesordnung: **Wanach**: Ueber Schussverletzungen der peripheren Nerven.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 39 St. Petersburg, den 30. September (13. Oktober). 1906.

Ein Fall von schwerer chronischer Adhäsionsperitonitis.

(Heilung nach 4-maliger Nephropexie und 10-maliger Laparotomie).

Von

Dr. W. Greiffenhagen.

Direktor der Revaler Privatklinik.

Die chronische Adhäsionsperitonitis, gleichgültig welcher Provenienz, gehört zu den renitentesten Objekten der operativen Chirurgie, denn die Neigung zu erneuter Verklebung operativ getrennter Verwachsungen und Stränge ist bekanntlich gross und ein sicheres Mittel um die Wiederverwachsung zu verhüten besitzen wir zurzeit noch nicht. Allerdings nimmt die Zahl der Fälle von Adhäsionsperitonitis aus unbekannter Ursache ab, entsprechend der verbesserten Diagnostik und unserer genauen Kenntniss der pathologisch-anatomischen Befunde, die wir bei den Operationen in vivo erheben. Wo es gelingt den primären Herd der chronischen Bauchfellentzündung zu beseitigen (Wurmfortsatz, Gallenblase, Magengeschwür etc.), wird meist das therapeutische Resultat ein gutes und dauerndes sein. Anders in den Fällen, wo sich Adhäsions- und Strangbildungen fast über den ganzen Bauchraum erstrecken, ohne dass sich trotz sorgfältiger Anamnese und exakter Untersuchung während der Operation der Ausgangspunkt dieser verhängnisvollen Krankheit nachweisen liesse. Dass es einen primären chronisch-adhäsiven Entzündungsprozess im Bauchfell gäbe, ohne jegliche ursächliche Organerkrankung, müssen wir nach dem heutigen Stande unserer Kenntnisse als unwahrscheinlich ablehnen, zugleich aber zugestehen, dass zur Zeit der wegen chronischen Adhäsionsbeschwerden vorgenommenen Operation die ursprünglich akute Entzündung abgelaufen sein kann und als Residua derselben nicht mehr Veränderungen am Organ selbst, sondern nur in dessen näherer oder weiterer Nachbarschaft zurückbleiben (ich erinnere nur an die Periappendizitis, Perigastritis etc.). Es wird also in Fällen ausgedehnter Erkrankung des Bauchfelles nicht immer möglich sein das primär erkrankte Organ herauszufinden und damit schwindet die Möglichkeit der radikalen und ursächlichen Behandlung. Aber selbst wenn es gelingt den ursprünglichen Krankheitsherd zu eliminieren, so ist damit noch nicht die definitive Heilung garantiert: die Neigung zu weiteren Verwachsungen loco laesionis kann fortbestehen und Rezidive der subjektiven Beschwerden erzeugen.

Noch wichtiger aber erscheint mir die Tatsache, dass durch mechanische Störungen der Peristaltik, sei es durch Lageveränderung einzelner Darmabschnitte, sei es durch funktionelle Abnormitäten der Darmbewegung dauernde, oder wenigstens häufig rezidivierende schwere subjektive Beschwerden verursacht werden können. Und diese zu beseitigen soll der Zweck der chirurgischen Behandlung sein.

Wenn ich in vorliegendem Falle 10 mal den Bauchraum operativ eröffnet habe um durch Trennung immer wieder neuer Verwachsungen zu helfen, so geschah es fast jedes mal nur widerstrebend und mit der Befürchtung im besten Falle auf kurze Zeit Erleichterung zu verschaffen. Nur die dringenden Bitten der sich vor Schmerz windenden Kranken haben mich zum Messer greifen lassen und die Erfolge, welche von Lauenstein [1]), Riedel [2]), Credé [3]) u. A. in einzelnen Fällen gehabt hatten liessen die immer wieder erneuten Versuche gerechtfertigt erscheinen.

[1]) Lauenstein: Verwachsungen und Netzstränge im Leibe als Ursache andauernder, schwerer Koliken. Arch. f. kl. Chir. Bd. 45, pg. 121.

[2]) Riedel: Ueber Adhäsiventzündungen in der Bauchhöhle. Arch. f. kl. Chir., Bd. 47, pg. 153.

[3]) Credé: Ueber chirurg. Behandl. schwerer chron. Unterleibskoliken. Verhandl. des Chirurg. Kongresses. 1887, pg. 61.

In wieweit die hartnäckig rezidivierende Mobilität der rechten Niere auf Kosten der chronischen Adhäsionsperitonitis zu setzen ist, vermag ich nicht zu entscheiden, doch scheint ein ätiologischer Zusammenhang zu bestehn, denn, wenn auch der erste Misserfolg auf die Technik der Naht zurückzuführen sein mag, so spricht doch der Umstand, dass gerade die rechte Bauchseite am schwersten vom Adhäsionsprozess betroffen war, dafür, dass die zweimal fixierte Niere durch Narbenschrumpfung disloziert worden ist. Ich lasse nun die umfangreiche Krankengeschichte in möglichster Kürze folgen:

A. S., 35 Jahre alt. Dienstmädchen, hat als Kind Variolois und Scarlatina durchgemacht. Seit dem 18. J. menstruiert.

Vor 9 Jahren ein mal geboren, normale Entbindung, normales Wochenbett. Pat. hat bis zu ihrer Erkrankung Jahre hindurch schwere Körperarbeit leisten müssen. Seit c. 6 Monaten Schmerzen in der rechten Seite des Leibes, die von der Nierengegend in die rechte Bauchseite bis ins Becken und rechte Bein ausstrahlten. Appetit und Allgemeinbefinden haben gelitten, allmähliche Abmagerung. — Status praes. vom 28. September 1893:

Patientin von mittlerer Grösse, grazilem Körperbau, reduziertem Fettpolster. Herz und Lunge gesund. Uterus klein, dextroponiert, an der portio vag. eine kleine Erosion, beide Ovarien und das linke Parametrium druckempfindlich.—Harn klar, eiweissfrei. Rechte Niere stark beweglich, so dass bei bimanueller Palpation der obere Pol fast erreicht wird. Unbedeutende Nephroptose auch links. I. Operation 23. September 1893:

Nephropexie: Simon'scher Längsschnitt. Fixation der Niere mit Katgut an der Fascia lumbo-dors. und der Muskulatur. Hautwunde vernäht. Heilungsverlauf ungestört. I int. Nach 3 Wochen scheinbar geheilt entlassen. Wenige Wochen darauf heftige Schmerzen in der linken Rücken- und Bauchseite. Da die Mobilität der linken Niere zugenommen und sonst kein Anhaltspunkt für die Schmerzen vorhanden am 23. November 1893 II. Operation: Nephropexie links in derselben Weise und mit demselben glatten Wundverlauf. Einige Wochen nach Anheftung der zweiten Niere ging's der Pat. leidlich, wenngleich die Schmerzen im Rücken nicht ganz aufhörten und sich allmählich mehr in der rechten Bauchseite und im Epigastrium konzentrierten. Ende Januar 1894 beträchtliche Zunahme der Schmerzen, besonders in der rechten Bauchseite. Daselbst eine prallelastische Vorwölbung die vom Leberrande bis zur Spina ant. sup. reicht. Ueber derselben tympanitischer Schall. Hochgradige Druckempfindlichkeit und lebhaft spontanen Schmerzen der Regio hypochondr. u. mesogastr. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Lokaler Meteorismus des Colon asc, infolge mechanischer Abknickung. Auf dringendes Verlangen der Kranken am 4. Februar 1894. III. Operation. Laparotomie 1. Schnitt vom rechten Rippenbogen senkrecht bis 2 Ctm. innerhalb der Spin. a. s. Es finden sich zahlreiche teils flächenhaft-breite, teils strangförmige, z. T. zarte und dünne, z. T. derbe und feste Adhäsionen und Stränge zwischen Colon ascend. einerseits, Leber, Gallenblase, perit. pariet. andererseits. Stumpfe Lösung und Trennung mit dem Paquelin. Auch im Becken finden sich Verwachsungen desselben Charakters zwischen Uterus, Ovarien u. Parametr. Die Lösung derselben auf der linken Seite gelingt (vom rechtsseitigen Schnitte aus) nur unvollkommen. — 3-etagige Bauchnaht. — Nach der Operation starke Schmerzen, collabiertes Aussehen. Opium und Kampfer. — Nach einigen Tagen völliges Wohlbefinden und I. int. — In den ersten Wochen, nachdem Pat. das Bett verlassen, spürte sie noch mitunter Leibschmerzen ohne bestimmte Lokalisation, erholte sich dann gut und blieb bis zum Juli beschwerdenfrei. Von da ab steigerten sich die Leibschmerzen, besonders bei der Defäkation. — Pat. klagte über Obstipation, Meteorismus und interkurrentes Erbrechen, völlige Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen allgemeinen Kräfteverfall. Die Untersuchung am 7. Oktober 1894 ergiebt mehrere sehr druckempfindliche Stellen im Abdomen, besonders in der rechten fossa iliaca, und neben der völlig festen und soliden Laparotomienarbe eine kleine Ventralhernie von grosser Druckempfindlichkeit. — Nur widerstrebend wird der dringenden Bitte um Operation entsprochen. Am 11. Oktober 1894. IV. u. V. Operation. Laparotomie 2. u. 3.

Schnitt in der linea alba vom proc. xiphoid. bis dicht unterhalb des Nabels. Befund: zahlreiche Verwachsungen zwischen Gallenblase, Leber, Netz, Colon transv., ascend., periton. parietale und zwischen Netz und Narbe. Stumpfe Trennung ohne nennenswerte Blutung. Gallenblase sonst normal, anscheinend steinfrei. Beide Nieren annähernd an normaler Stelle festsitzend. — II. Laparotomie behufs Radikaloperation der kleinen Ventralhernie; — 3-etagige Bauchdeckennaht bei der Laparotomiewunden. Die langdauernde ($2^1/_2$ St.) Operation in Morph.-Chloroformnarkose wurde durch eine kurzdauernde aber schwere Asphyxie gestört. Nachbehandlung: wegen hochgradiger Schmerzen Opium. Erbrechen, kleiner, frequenter Puls (—138) höchste Temperatur 37,8. — Brechneigung, Schmerzen und Pulsbeschleunigung dauern trotz Eisbeutel und Opium fast volle 4 Tage an. Kein Meteorismus, erster Stuhlgang am 6. Tage. Von da ab langsam, stetige Besserung. Entfernung der Nähte am 9. Tage I. int.

Interkurrent traten bisweilen noch ziemlich heftige Schmerzen im Abdomen, besonders rechts, auf, die unter Priessnitz'schen Umschlägen und leichter Massage allmählich ganz schwanden. Der Zustand der Besserung dauert nur einige Wochen. Dann beginnen wieder die alten Klagen über Schmerzen in der rechten Bauchseite. Pat. will häufig eine c. apfelgrosse sehr schmerzhafte Anschwellung in der Coecalgegend beobachtet haben, die c. 1 Stunde lang anhielt um dann unter Nachlass der Schmerzen spontan zu schwinden; gleichzeitig mit Bildung der Anschwellung wird der Harn spärlicher entleert, nach Schwinden derselben reichlicher und blasser. — In der Hoffnung eine lokale Ursache für die Darmsteifung zu finden am 18. Januar 1895 VI. Operation. Laparotomie IV. Schrägschnitt über die rechte Unterbauchgegend. Eröffnung der Peritonealhöhle schwierig, wegen der vielen Verwachsungen zwischen Bauchfell, Därmen und Netz. Die stärksten und derbsten Adhäsionen finden sich zwischen Coecum und Flex. coli hepat., welche durch die Adhäsionen einander derart genähert sind, dass das Colon ascend. fast kreisförmig gelagert erscheint.

Lösung resp. Resektion dieser und mehrerer anderer Adhäsionen und Stränge.—Wenig Chloroformnachwirkung. I. int. Guter augenblicklicher Erfolg. Schmerzen schwinden auf 8 Tage vollständig, dann treten sie wieder auf, bald in der rechten Nierengegend ins Bein ausstrahlend, bald in der linken Unterbauchgegend, begleitet von lokalem Meteorismus. Am 31. Januar aufgestanden, da aber der Zustand wechselt und accidentelle Erkrankungen (Influenza) die Rekonvaleszenz stören, bleibt Pat. im Krankenhause unter interner Behandlung (Antineuralgica, Massage, Hydrotherapie). Schon Ende Januar, als die alten Schmerzen mehr in der rechten Nierengegend lokalisiert wurden, konnte eine Mobilität der bisher (am 23. Februar 1893) fixierten Niere konstatiert werden. Ende März 1895, nachdem die Beschwerden sich erheblich gesteigert hatten, steht das Rezidiv einer rechtsseitigen Nephroptose fest. — Bei der Aussichtslosigkeit einer nochmaligen Fixation wurde der dringende Wunsch der Pat. nach einer zweiten Operation anfangs abgelehnt und eine Bandage — jedoch erfolglos — angelegt.

Am 22. März 1895. VII. Operation. Nephropexie 3. Refixation der rechten Niere. Schrägschnitt längs der XII. Rippe. Wegen Narbenbildung mühsame Freilegung der Niere, mit 4 Seidenknopfnähten durch die Nierensubstanz (ohne Dekortikation) Fixation der Niere am Periost der XII. Rippe und an der fascia lumbodorsalis. — Wunde vernäht. Nähte am 6. Tage entfernt. I. int. Wiederum momentaner guter Erfolg der Anheftung — aber sich steigernde Beschwerden im Leib, besonders heftige schmerzhafte meteoristische Auftreibung in der linken Inguinalgegend. Den dringenden Bitten der Pat. zufolge wird am 20. April 1895 zum 5. Mal laparotomiert. (VIII. Operation. Laparotomie 5). — Querschnitt über die Unterbauchgegend. Nach Möglichkeit viele Adhäsionen zwischen Därmen, Netz und perit. werden getrennt, Schluss der Bauchwunde mit 15 durchgreifenden Seidenknopfnähten. Schwere Operationsnachwirkung 5 Tage hindurch (Erbrechen, collabiertes Aussehen, kolikartige Schmerzen). Wundverlauf nicht normal. Bauchdeckenabszess mit reichlicher Eiterung unter Temperatursteigerungen bis 38,2. Langsame Rekonvaleszenz, allmählicher Nachlass der Abdominalbeschwerden. Gebessert, aber voraussichtlich unheilbar mit feinem Granulationsstreifen an der letzten Bauchnarbe am 7. Juni entlassen.

In den nun folgenden $2^1/_2$ Jahren hat sich die Kranke sehr wechselnd befunden. Es gab beschwerdefreie Zeiten, in denen sie leichtere häusliche Arbeit verrichten konnte, dann aber auch Tage mit heftigen Abdominalbeschwerden und Nierenschmerz.

Immerhin glaubte Pat. es ginge der Genesung entgegen und half sich mit Diät und Opium über die Anfälle hinweg. Aber nach einer ungewohnten Körperanstrengung (Heben einer schweren Last) spürte sie wieder heftige Schmerzen in der rechten Nierengegend, die auch in die rechte Schulter ausstrahlten. Nachdem durch wiederholte Untersuchungen die Fixation der Niere während der letzten $2^1/_2$ Jahren festgestellt worden war, liess sich Anfang Januar 1898 die Niere durch Palpation deutlich unter dem rechten Rippenbogen als mobiler Tumor nachweisen, mithin das zweite Rezidiv konstatieren. — 29. Januar 1898 IX. Operation. Nephropexie 4. Drittmalige Anheftung der rechten Niere von einem Schrägschnitte aus. Es finden sich derbe narbige Ver-

wachsungen zwischen capsula propria an der Convexität der Niere und dem umgebenden Bindegewebe. Von einer Fixation an der XII. Rippe nichts nachweisbar. Spaltung der capsul. propr. und Ablösung derselben in c. 2□Ctm. Ausdehnung. 4 Seidennähte an fascia lumbodorsalis, Periost der XII. Rippe und Schluss der Wunde durch Etagennähte, — Normaler Wundverlauf, I. int. — Nachlass der Nierenschmerzen, Zunahme der alten Abdominalbeschwerden, besonders in beiden fossae iliacae. — Nach 24-tägiger Bettruhe aufgestanden. Seitdem wieder heftige Leibschmerzen, die sich bis zur Unerträglichkeit steigern.

Nur mit Widerstreben wird auf dringende Bitte am 26. Februar 1898 zur X. Operation und Laparotomie 6 geschritten. Zum ersten Mal Morph. Aethernarkose. Schrägschnitt über die untere rechte Bauchseite bis zur Mittellinie. Die wiederholt gelösten Adhäsionen sind alle wieder da; auch das Colon transvers. ist mit der vorderen Bauchwand fest verbacken und zieht in schräger Richtung von links oben nach rechts unten bis in die Coecalgegend wo Col. transv., flexura coli hepat. und coecum in dichtem Knäuel unter einander verwachsen sind. Nach mühsamer Entwickelung und Isolierung der Darmschlingen wird der am Coecum adhärente und in festes Narbengewebe eingebettete Wurmfortsatz herauspräpariert und exstirpiert. Am Uterus finden sich einige kleine Myome. An Gallenblase und Nieren nichts Abnormes, — Einige Dünndarmschlingen werden zwischen die Colonschenkel gelagert und die Bauchwunde mit Etagennähten geschlossen. — Nachwirkung nach Aethernarkose etwas geringer, wenngleich auch 2 Tage lang Erbrechen. — Der Erfolg der Operation quoad Schmerzlinderung ganz unbefriedigend, Nachlass der Schmerzen tritt überhaupt nicht ein, trotz tadellosen Wundverlaufes (Naht am 4. März entfernt I. int.). Sie steigern sich im Gegenteil zu einer grossen Heftigkeit, Erbrechen und Obstipation tritt hinzu und die Temperatur erreicht am 10. März 38,4. 11. März. Volle Darmsperre, verfallenes Aussehen, heftiges Erbrechen, Puls klein 104.

12. März XI. Operation. Laparotomie 7. Medianschnitt. In den Peritonealschnitt drängen sich stark geblähte Dünndarmschlingen, das an der vorderen Bauchwand fixierte Colon transv. collabiert, enthält kleine Skybalaknollen. Beim Suchen nach dem Hinderniss platzen im Becken 2 Cysten mit serösem Inhalt (abgekapseltes peritonitisches Exsudat). Die bei der letzten Operation interponierten Dünndarmschlingen sind fest mit der Bauchwand verwachsen. Trennungsversuche misslingen. Ein lokalisiertes Hinderniss zu finden gelingt nicht. Es wird daher zwischen Ileum (ca. 20 Ctm. oberhalb der Bauhinischen Klappe) und flexura coli lienalis eine Murphyanastomose angelegt. — Schluss der Bauchwunde durch 2-etagige Seidenknopfnaht. — Nach der Operation collabiertes Aussehen, Puls 120, später wenig Narkosenachwirkung. — Vom 3. Tage ab nach Lavement täglich Stuhl, wesentliche Besserung aller Abdominalbeschwerden. — Entlassen am 30. März ohne Schmerzen, bei gutem Allgemeinbefinden und mit erheblicher Gewichtszunahme. Abgang des Murphyknopfes am 14. April. Es folgte nun eine Periode entschiedener Besserung, welche ca. 1½ Jahre andauerte. Während dieser Zeit litt Pat. nur selten an Schmerzanfällen und konnte ihrer Beschäftigung als Näherin nachgehen. Nur der Stuhl war angehalten und erforderte öfters den Gebrauch von Laxantien und Klysmen. Seit dem Mai 1899 traten wieder häufigere und heftigere Schmerzen im rechten Hypochondrium auf, besonders nach der Nahrungsaufnahme. Auch in der rechten regio inguinal. zeigte sich wieder ein schmerzhafter, beweglicher Tumor. Von Seiten der Nieren gab es keine Beschwerden, aber die Abdominalbeschwerden steigerten sich stetig und veranlassten die Kranke heisse Breiumschläge und Narkotica — jedoch erfolglos — zu gebrauchen. Bei heftigen Attaquen stellten sich Herzbeschwerden ein (unregelmässiger, aussetzender Puls).

Trotzdem die Kranke auf die Aussichtslosigkeit operativer Hülfe und auf den mangelhaften Dauererfolg der bisherigen zahlreichen Operationen hingewiesen wurde, bat sie um chirurgischen Eingriff, mit der Motivierung, dass sie wenigstens für eine Zeit lang Erleichterung fände und ihr augenblicklicher Zustand unerträglich sei. — Am 14. September 1899 XII. Operation. Laparotomie 8. — Morph. Chlor-Aethernarkose. Schnitt vom rechten Rippenbogen senkrecht bis unterhalb des Nabels. Sehr schwierige Eröffnung der Bauchhöhle; überall flächenhafte Verwachsungen zwischen Bauchdecken und Därmen. Erneute Trennung und Resektion von Adhäsionen zwischen Bauchfell, Netz, Colon, Dünndarm, Leber, teils stumpf, teils mit Messer und Paquelin. Wegen hochgradiger Verwachsungen gelingt es nicht die Beckenorgane abzutasten. — Schluss der Bauchwunde mit durchgreifenden Seidenknopfnähten. — Der Eingriff wird gut vertragen. — Die Schmerzen bessern sich, Wundheilung per I. int. — Aber schon 10 Tage nach der Operation klagt Pat. über heftige Schmerzanfälle diesmal im Epigastrium und besonders heftig nach jeder Nahrungsaufnahme. Alle therapeutische Bemühungen (Galvanisation, hydropathische Umschläge, Bäder. Cocaïn, Magenspülungen) bleiben erfolglos. Am 19. und 20. Oktober mehrfach heftiges Erbrechen, unerträgliche Schmerzen in der Magengegend.

In der Hoffnung durch eine Gastroenterostomie wenigstens Erleichterung verschaffen zu können, wird am 21. Oktober 1899 die XIII Operation. Laparotomie 9 ausgeführt. Schnitt parallel dem linken Rippenbogen; Eröffnung der Bauchhöhle ohne Schwierigkeit, da sich am corpus ventriculi keinerlei Adhäsionen finden.

Dagegen hochgradige, derbe Verwachsungen zwischen pars pylorica und Duodenalgegend einerseits und perit. pariet. andrerseits. Zur bessern Orientierung wird senkrecht auf den ersten Schnitt ein zweiter gesetzt, der die Gegend der stärksten Verwachsungen besser zu Gesicht bringen soll. Trotzdem erweist sich die Lösung derselben als unmöglich. Nun wird die Gastrojejunostomie antecolica nach Kocher (mit der Modifikation von Kappeler) ausgeführt. — Schluss der Bauchwunde mit durchgreifenden und Etagennähten. Nach der Operation fast bis zum Abend Wohlbefinden und ruhiger Schlaf; Puls wechselnd in Qualität und Schlagfolge (100—140). 22. Oktober Uebelkeit, Erbrechen, Puls nachts sehr klein.

Nach intravenöser Kochsalzinfusion (1000,0) Puls kräftiger 120. Allgemeinbefinden bessert sich, Flatus gehen ab, am 26. Oktober nach Klysma Stuhl. Schmerzen gering. 27. Oktober Mehrfaches Erbrechen grünlicher Massen von alkalischer Reaktion. (Als Nahrung waren, ausser Nährklystieren, ganz kleine Quantitäten Milch und Tee verabreicht worden). Heftige Schmerzen im Epigastrium und rechten Hypochondrium. Puls klein und frequent (—130). 28. Oktober. Erbrechen grosser Mengen galliger Flüssigkeit, Pat. verfällt zusehends. Diagnose. Verschluss des abführenden Schenkels; als ultimum refugium Relaparotomie vorgeschlagen. Vorher intravenöse Kochsalzinfusion von 1000,0, wonach der Puls viel besser wird.

28. Oktober. XIV. Operation. Laparotomie 10. Morph. Chlor.-Aethernarkose. Wiedereröffnung der letzten Laparotomiewunde. Verlängerung derselben um 5 Ctm. Keine neuen Adhäsionen, Anastomose zwischen Magen und jejunum fest verklebt. (8 Tage nach der Gastroenterostomose), Serosanaht nicht sichtbar. Abführender Schenkel der zur Anastomose benutzten Dünndarmschlinge collabiert; zuführender prall gespannt, dicht vor der Anastomose ad maximum dilatiert. Enteroanastomose ca. 20 Ctm. unterhalb der Gastroanastomose vermittels Murphyknopf. 2-etagige Bauchnaht. — Nachts heftige Schmerzen bei schlechtem Pulse. Morph. Campher. — 29. Oktober. Befinden besser, wenig Erbrechen. 30. Oktober. Kein Erbrechen, Tee und Wein genossen. 31. Oktober. Abgang von Flatus, erster Stuhl am 4. November. Entfernung der Nähte am 5. November, I. int. — Allmählich besserte sich der Zustand: Puls wird kräftiger und langsamer, setzt nicht mehr aus, Schmerzen, Uebelkeit und Erbrechen werden seltener, wenngleich noch ca. 2 Wochen hindurch bisweilen vorhanden. Nahrungsaufnahme mit jedem Tage reichlicher, alle 48 Stunden erfolgt auf Klysma Stuhl; Gesichtsfarbe und Ausdruck bessern sich, die Muskelkraft wächst, das Körpergewicht um 1 Kilo gestiegen. Am 27. November 1899 wird Pat. aus der Diakonissenanstalt, in welcher sie alle 14 Operationen glücklich überstanden, als Rekonvaleszentin entlassen und hat bisher die Hülfe der Chirurgen nicht in Anspruch zu nehmen gebraucht. — Freilich dauerte es noch mehrere Monate bis die Genesung eintrat, aber seit dem Jahre 1900 ist Pat. völlig beschwerdefrei, kann bis auf Kaffee, der ihr Unbehagen verursacht, Alles geniessen, hat 2 Jahre als Dienstmädchen gearbeitet und ist seit dem Mai 1904 in der Revaler Privatklinik als Krankenwärterin auf der chirurgischen Station tätig, wo sie täglich bei der Krankenpflege körperlichen Anstrengungen ausgesetzt ist, ohne einen Rückfall ihrer alten — fast 8 Jahre lang dauernden Beschwerden — bemerkt zu haben.

Bei epikritischer Beleuchtung des mitgeteilten Falles interessiert uns zunächst die Aetiologie der schweren Krankheit. Einen unzweideutigen Hinweis auf die erste Ursache der chronischen Adhäsivperitonitis finden wir weder in der Anamnese, noch konnten die zahlreichen Autopsien in viva darüber Aufklärung schaffen. Weder die klinischen Symptome eines Ulcus ventriculi, eine Cholecystitis calculosa, eine Appendizitis, noch eine Dysenterie oder sonstige mit Ulceration einhergehende Darmerkrankung (Tuberkulose), eine Pelvoperitonitis infolge Erkrankung der Sexualorgane, noch endlich eine traumatische Läsion des Bauchfells liessen sich feststellen. Die ersten Symptome waren veranlasst durch eine rechtsseitige Nephroptose, ohne jegliche Komplikation (Pyelitis, Konkrement). Dass eine einfache Mobilität

der Niere, oder überhaupt eine Splanchnoptose Veranlassung zur chronisch-entzündlichen Veränderung des Bauchfells von dieser In- und Extensität geben können, ist nach unserer heutigen Kenntniss der Dinge ausgeschlossen. Die ersten klinischen und pathologischen Erscheinungen waren auf die rechte Bauchseite beschränkt, hier wird wohl auch der primäre Herd zu suchen sein, und wenn man bedenkt wie häufig nach klinisch beobachteten Appendizitisfällen das Gros der Adhäsionen gelegentlich der Intervalloperation, in der Coecalgegend und höher oben am Colon ascendens und am grossen Netz gefunden wird, wenn man ferner bedenkt, dass auch in Fällen chronischer Appendizitis larvata, d. h. in solchen, bei denen es nie zu einer manifesten Attacke kam, die Operation oft genug neben Veränderungen am Wurmfortsatz unerwartet zahlreiche und derbe Adhäsionen am Coecum, Colon, Omentum und Peritoneum parietale als Ursache der quälenden und anhaltenden Beschwerden aufdeckt, wenn man endlich an die nicht selten beobachtete Coinzidenz rechtsseitiger Wanderniere mit der chronischen, milde verlaufenden Appendizitis denkt und sich nun die Anamnese und den wiederholt erhobenen Befund bei der Abdominaloperation der Kranken in Erinnerung bringt, so liegt die Vermutung nahe, dass auch im vorliegenden Falle die prima causa des schweren Leidens in einer Periappendicitis chronica zu suchen ist. — In klinischer Hinsicht ist die Deutung der überaus heftigen Schmerzanfälle auch nicht so einfach, wie's auf den ersten Blick erscheinen mag, denn das Vorhandensein ausgedehnter Adhäsionen erklärt noch nicht die Heftigkeit und eine gewisse Periodizität der Anfälle. Aus den Lennander'schen[4]) Untersuchungen, die wohl allseitig bestätigt worden sind, ist es bekannt, dass das viscerale Peritoneum an der Schmerzempfindung nicht teilnimmt, wenn also Adhäsionen zwischen Därmen und dem serösen Ueberzug der Bauchorgane für sich allein bestehen, brauchen sie als solche keinerlei Beschwerden zu machen. Sobald aber das perietale Blatt des Bauchfells mitbeteiligt ist oder dabei toxische, mechanische oder chemische Reize auf dem Wege des Lymphapparates die cerebrospinalen Nervenendigungen treffen, setzen Schmerzen ein die sich kolikartig äussern und bis zur Unerträglichkeit steigern können. Alles was den normalen Chemismus der Darmtätigkeit stört, und durch abnorme Gährungsvorgänge lokalen Meteorismus einzelner adhärenter Darmabschnitte erzeugt und dadurch mittelbar die Serosa und Subserosa des äussern Bauchfells reizt, kann Ursache der heftigen periodisch auftretenden Koliken werden, was auch klinisch und objektiv als lokaler Meteorismus und als fruchtlos vermehrte Peristaltik in Erscheinung tritt.

Aufgabe der Therapie muss es sein diese Reizmomente tunlichst auszuschalten. Es liegt auf der Hand, dass man zunächst versucht ist die Krankheit ursächlich zu beseitigen, d. h. die Adhäsionen fortzuschaffen. Nicht selten gelingt das auch, zumal in Fällen strangförmiger, dünner Adhäsionen, deren Zahl beschränkt ist; wo aber schon ausgedehnte, breite, flächenhafte und zahlreiche Verwachsungen bestehen, ist die Chance für den Erfolg der Operation gering. So auch im oben beschriebenen Falle. Hier ist der Versuch der Darmausschaltung gerechtfertigt, welche eine Reduzierung der Peristaltik auf die gesunden Darmpartien anstrebt und tatsächlich hat erst die Anlegung der Magen- und Darmanastomose zum gewünschten Ziele geführt. Durch die 3 abnormen Kommunikationsöffnungen ist die Länge der sich peristaltisch biegenden Därme herabgesetzt, die Möglichkeit lokaler Darmsteifungen eingeschränkt und damit die Beseitigung der primären Reizmomente erreicht worden. Dass aber auch jetzt (1906) noch die Lebhaftigkeit der Peristaltik eine Rolle spielt, dafür scheint mir die Tatsache zu sprechen, dass Patientin gelegentlich einer Bandwurmkur (mit filix mas. und Ol. ricini) zur Zeit der Wirkung des Abführmittels sich unter rasenden Schmerzen wand, welche eine subkutane Morph.-inj. notwendig machten, — nachher ist sie wieder vollkommen genesen und verrichtet in gewohnter Weise ihre Arbeit als Krankenwärterin.

Beide Nieren sind fixiert, die rechte deutlich palpabel, aber weder in der Nierengegend, noch im Leibe besteht irgend ein Schmerzgefühl, und auf die blutige Vergangenheit weisen nur die zahlreichen Narben hin, deren Anzahl sich vielleicht hätte verringern lassen[5]), wenn statt der Trennungsversuche sogleich die radikalen Darmausschaltungen ausgeführt worden wären. Immerhin ist es erfreulich, dass die Konsequenz und das unerschütterliche Vertrauen der Patientin doch von Erfolg gekrönt gewesen sind.

[4]) Lennander: Weitere Beobachtungen über Sensibilität im Organ und Gewebe. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 73 pag. 297.

[5]) In einer Arbeit von P. Steffens: Ueber mehrfache Laparotomie an denselben Personen. Bruns Beiträge zur klin. Chir. Bd. XXIII pg. 302 finde ich Angaben 1—4malige Relaparotomieen; es ist mir nicht bekannt, ob schon früher ein Fall von 10maliger Laparotomie mit Ausgang in Heilung veröffentlicht worden ist.

Referate.

A. af Forselles: Ueber die frühzeitige Diagnose und Operation des Empyems des Warzenfortsatzes bei Otitis media suppurativa. Akad. Abh. Helsingfors. Leipzig 1906. 111 Ss.

Verf. verlangt, dass jedes wirkliche Empyem des Proc. mastoid. operiert werde, d. h. jede Eiteransammlung in demselben, die unter erhöhtem Druck steht, weil diese Ursache der Knochenentzündung ist, während alle resorbierbaren Eiterungen konservativ zu behandeln sind. Die bisher fast unüberwindlichen diagnostischen Schwierigkeiten in Bezug auf die frühen Stadien beseitigt Verf. auf folgende originelle Weise. Der Ausfluss aus dem Gehörgang verliert, wie schon früher bekannt bei Eintritt von Komplikation mit Mastoiditis seine vorwiegend schleimige Beschaffenheit und nimmt einen rahmartig eitrigen Charakter an.

Von dem Gedanken ausgehend, dass im Verhältniss zur Zahl der weissen Blutkörperchen im Sekret das spezifische Gewicht desselben steigen muss, bestimmt er dieses mit Zuhilfenahme der Hammerschlagschen Methode. Ein grobes Zylinderglas wird mit einer Mischung von Chloroform und Benzin ungefähr im Verhältniss von 5 zu 7, gefüllt so zwar, dass das spezifische Gewicht der Flüssigkeit, mit einem gewöhnlichen Urometer gemessen, niedriger ist als das des Eiters, etwa 1,020. In die Mischung lässt man zunächst einen Tropfen Eiter fallen und fügt danach tropfenweise Chloroform hinzu, bis der Eitertropfen in der Flüssigkeit «schwebt» d. h. weder zur Oberfläche emporsteigt noch zu Boden sinkt. Das spezifische Gewicht der Flüssigkeit ist jetzt gleich dem des Eiters. Des Verf. Untersuchungen ergeben nun für einfache Otitis ein mittleres spez. Gew. von C. 1035, bei solchen die später zur Operation führten C. 1042—1043, während das mittlere spezifische Gewicht des Eiters unmittelbar vor der Operation 1,047 betrug, Minimum 1,045, Maximum 1053.

Buch.

G. Bäärnhjelm: Zur operativen Behandlung der Dupuytren'schen Fingerkontrakturen (schwedisch) Hygiea 1905. S. 719.

Verf. durchtrennt so radikal wie möglich alles strammende Gewebe, nach Anlage eines bogenförmigen Schnittes neben der Kontraktur. Etwaige Bewegungsbeschränkung im Handgelenk wird durch Hilfsschnitte vermieden, der Hautdefekt durch Thiersch'sche Transplantation gedeckt.

Buch.

Hedlund: Hernia epigastrica mit Inkarzeration des Magens (schwedisch) Hygiea 1905. S. 844.

59-jähriger Mann. Seit seinem 17. Jahre ein haselnussgrosser Bruch in der Mitte zwischen Schwertfortsatz und Nabel, rechts dicht neben der Mittellinie. Allmähliches Wachsen des Tumors. Vor 2 Tagen Einklemmungserscheinungen nach einer reichlichen Mahlzeit.

Aufnahme ins Krankenhaus. Die Geschwulst zeigt jetzt eine Grösse von 1½ Mannsköpfen. An der unteren Hälfte der Bauchgeschwulst bemerkte man Darmschlingen mit lebhafter Peristaltik, an der oberen Hälfte eine halbmondförmige mit der Konvexität nach unten gerichtete, druckempfindliche Verhärtung, die sich bis eine Hand breit vom Proc. xiph. abwärts erstreckte und seitlich beiderseits bis zur Mammillarlinie reichte.

Durch die Magensonde wurden zunächst 3½ Liter dünner brauner saurer Flüssigkeit entleert. Nach der darauf vorgenommenen Magenspülung wurde der Bruchtumor weich und unempfindlich, die halbmondförmige Resistenz an demselben senkte sich, die Schmerzen schwanden und Genesung erfolgte.

Buch.

H. P. T. Oerum: Anorganische oder organische Eisenpräparate. Nord. Tidsskr. f. Terapi. 4. Jahrg. S. 333.

Verf. untersucht an Kaninchen die Einwirkung verschiedener Eisenpräparate, Hämatinalbumin, Ferratin, Ferrum lacticum und Ferrum sulfuricum, auf die Hämoglobinbildung nach grossen Aderlässen. Die tägliche Dose entsprach 0,02 reinem Eisen auf das Kilo Körpergewicht, Dauer der Versuche 24 Tage. Resultate: Die Hämoglobinmenge wurde am schnellsten durch die organischen Präparate und von diesen am schnellsten durch Hämatinalbumin wiederhergestellt. Der Eisengehalt der Leber wird durch alle Eisenpräparate erhöht, am stärksten durch die anorganischen; durch Hämatinalbumin wird die Eisenmasse in Knochenmark und Milz erhöht.

Die Bedeutung des Reserveeisens hat Verf. an Hunden untersucht. Dieselben wurden mit abgerahmter Milch nebst den genannten Eisenmitteln gefüttert. Nach einem starken Aderlass, von ⅓ der Blutmenge, untersuchte man das Verhalten des Hämoglobins. Die Hämoglobinmenge begann bei Tieren, die organische Eisenpräparate erhalten hatten, am 8. Tage zu steigen und erreichte ihren ursprünglichen Wert in 20—24 Tagen. Dasselbe Ziel wurde bei Tieren, die anorganische Präparate erhalten hatten, erst nach 32—36 Tagen erreicht. Die Zahl der roten Blutkörperchen nahm ungefähr im selben Verhältniss zu wie die Hämoglobinmenge. Ein Kontrolltier erreichte in 40 Tagen noch nicht die ursprünglichen Werte.

Buch.

Lönnquist, Bernt: Beitrag zur Kenntniss der Absonderung des Magensaftes (schwedisch) Finska Läkaresällsk. Handlingar, Febr. Akad. Abhandl. Helsingfors 1906.

Experimente an Hunden im Pawlowschen Institut zu St. Petersburg.

Alkohol, Fleisch, Fleischextrakt, die Produkte der Eiweissverdauung bewirken eine reichliche Saftabsonderung, Wasser eine schwächere. Schwache Salzlösungen, bis 0.9 pCt., wirken schwächer als Wasser, während stärkere Lösungen energisch safttreibend wirken. Dasselbe gilt, gegenüber der bisherigen Annahme, von Sodalösungen. Speichel und Galle haben die Wirkung des Wassers. Bei Einführung stärkerer Lösungen von Salzen und Säuren erfolgt reichliche Schleimbildung, wodurch die Erkenntniss der Säuresekretion erschwert wird.

Buch.

E. S. Perman: Fall von Haargeschwulst im Dünndarm. Hygiea 1906. Juni.

17-jähriges Mädchen. Stets guter Appetit, isst reichlich ohne Schaden. Vor 3 Jahren ähnlicher Anfall wie jetzt: Schmerzen im Bauche rechts, Verstopfung und Erbrechen. Jetzt faustgrosse Geschwulst über dem rechten Lig. Poupartii. Laparotomie. Der Tumor erwies sich als Dünndarmschlinge nahe am Coecum. Beim Versuch der Isolierung zerriss sie an mehreren Stellen. Sie war vollgestopft mit verbackenen Haarmassen, die von Faeces durchtränkt waren. Auf einigen Stellen war das Darmstück perforiert und ein Teil der Haarmasse lag frei in der Bauchhöhle. Resektion von einem Meter Dünndarm, zirkuläre Vernähung mit dem Coecum, Jodoformgazetampons. Heilung.

Buch.

Kurzer Bericht über den IX. Kongress der deutschen dermatologischen Gesellschaft in Bern.

12.—14. September n. St. 1906.

Unter den Vorträgen am ersten Sitzungstage beanspruchte das grösste Interesse derjenige von Prof. Neisser über den derzeitigen Stand der experimentellen Syphilisforschung. Neisser berichtete über die von ihm und seinen Schülern in grossem Massstabe vorgenommenen Impfungen an Affen, welche ergeben haben, dass die Syphilis sowohl auf niedere, wie höhere Affen überimpfbar ist. Während sich aber bei den niederen Affen nur ein Primäraffekt und Drüsen entwickeln, kommt es bei den höheren Affen auch zu einem Exanthem. In der ersten Zeit gelangen die Impfungen nicht so prompt, weil man damals noch nicht erkannt hatte, dass die Impfungen bei unverletzter Haut nicht glücken. Gelungen sind die Impfungen mit Produkten von Sklerosen und Papeln, zuweilen auch mit Blut, aber nie mit Sperma und Milch. Von inneren Organen gelang die Ueberimpfung der Syphilis von der Milz, dem Knochenmark, den Drüsen und Hoden. Neisser berührte dann die Frage, ob die Tierversuche irgend einen Nutzen für den Menschen gebracht hätten und meinte ja in diagnostischer Hinsicht, wie seine, Wassermann's und Bruck's serodiagnostische Untersuchungen gezeigt haben.

Weiter ging Neisser auf die Versuche mit Exzision der überimpften Stelle ein. Wie bekannt gab es eine Zeit, wo man riet, syphilisverdächtige Erosionen oder Ulcerationen zu exzidieren. Da das Resultat dieser Behandlung aber sehr zweifelhaft war, wurde dieselbe im Allgemeinen wieder eingestellt. Jetzt kommt vielleicht das Tierexperiment hier zu Hilfe, wenn auch bisher die Ergebnisse der Versuche noch sehr unbestimmt sind.

Während es nämlich in mehreren Fällen durch Exzision der überimpften Stelle, bis zu acht Stunden nach der Infektion die letztere zu verhüten gelang, steht diesen positiven Versuchen ein anderer negativer gegenüber, wo bereits 10 Minuten nach geschehener Ueberimpfung des syphilitischen Virus die Stelle exzidiert wurde und es dennoch zu einer Infektion kam.

In Bezug auf die Präventivbehandlung sprach sich Neisser sehr skeptisch aus, wenn er auch bestätigen kann das eine oder andere Mal durch Vorbehandlung der später zu überimpfenden Partie mit 2‰ Sublimatlösung wie konzentr. Karbolsäure das Ausbleiben einer Infektion beobachtet zu haben.

Mit grossem Applaus wurde das Auftreten Prof. Metschnikow's begrüsst der über die Prophylaxe der Syphilis sprach und mit Entschiedenheit seine 25—33 pCt. Calomelsalbe als wirksames Prophylacticum pries, da stud. Maisonneuve an sich selbst und Dr. Piquet an einem Kranken deren Wert erprobt haben. Die Mitglieder des Kongresses verhielten sich dieser Mitteilung gegenüber noch etwas skeptisch.

Was die Tierversuche anbetrifft, so behauptet Metschnikow, dass nach der 11. Passage durch den Rhesus das syphilitische Virus für den Chimpansen unwirksam wird.

Unter den sonstigen Vorträgen dieses Tages wäre noch hervorzuheben derjenige von Prof. Finger über die Immunität bei Syphilis. Auf Grund früherer Versuche nahm man an, dass der Syphilitiker im grossen Ganzen gegen eine neue Infektion immun sei. Finger fand das bei Ausführung der Versuche nach der früheren Methode, mit Ueberimpfung in Hautstiche, bestätigt, ganz anders war aber das Resultat bei Deponierung des syphilitischen Virus in Hauttaschen. Da gelang die Impfung

bei bestehender primärer Syphilis in 89%
bei bestehender sekundärer Syphilis in 60% und
bei bestehender tertiärer Syphilis in 85%

Es besteht somit keine absolute Immunität gegen Syphilis.

Als Glanztag des Kongresses muss der zweite Tag angesehen werden, da man durch das Referat von Prof. Hoffmann über die Spirochaeta pallida ein ganz vorzügliches Bild über diese zu einer mächtigen Literatur angeschwollene Frage erhielt und zwar von dem Manne selbst, der mit dem leider schon hingegangenen Schaudinn zusammen die Spir. pallida gefunden hat. Auf die nur den Spezialisten interessierenden Detailfragen gehe ich nicht näher ein, sondern will blos die Fragen berühren welche Hoffmann zum Schluss seiner Rede aufwarf und wie er sie beantwortete.

1) Ist die Spirochaeta pallida der Erreger der Syphilis:

So vorsichtig und zaghaft Schaudinn und Hoffmann sich hierüber vor zwei Jahren ausgesprochen haben, so bestimmt lautete jetzt das Ja von Hoffmann, weil die Sp.

pallida erstens von unzähligen Forschern gefunden worden ist und weil sie zweitens nur bei der Syphilis vorkommt.

2) Kann die Sp. pallida von den anderen Spirochaeten unterschieden werden?

Hoffmann bejahte diese Frage, fügte aber hinzu, bei grosser Uebung. Als Hauptcharakteristik der Sp. pallida gegenüber den anderen Spirochaeten gelten die Zartheit und die vielen Windungen, während die Geisselbildung, welche ihr allein eigen zu sein schien, auch der refringens zukommen kann.

3) Liegt ein Bedürfnis vor nach der Sp. pallida zu suchen?

Hoffmann beantwortete auch diese Frage mit ja und sprach die Ansicht aus, dass die Spirochaetenforschung ebenso geübt werden wird, wie die Gonokokkensuche, denn sie stützt, ja beweist die Diagnose, wo früher Zweifel herrschen konnten.

Endlich die 4. Frage, welche Hoffmann selbst aufwarf, lautete, sind die Methoden des Spirochaetennachweises einfach genug?

Nach Hoffmann ja.

Unter den verschiedenen sonstigen Referaten über die Spirochaetenfrage sei nur einiger Erwähnung getan. Doutrelepont in Bonn hat die Sp. pallida auch bei tertiärer Lues gefunden, Herscheimer in Frankfurt hat bei Syphilis maligna weder besonders viele Spirochaeten, noch sonstige Bakterien und Kokken gefunden, so dass er die Syphilis maligna entgegen Tarnowsky nur auf Besonderheiten im Organismus, wie Alkoholismus, Tuberkulose etc. zurückführt.

Endlich entspann sich eine kurze, aber entschiedene Debatte zwischen Neisser und Jadassohn über die einzuschlagende Therapie bei den jetzigen Verhältnissen. Beide sind Anhänger der chronisch intermittierenden Syphilisbehandlung. Während aber Neisser diese sofort einzuleiten anrät, sobald die Spirochaeta pallida gefunden worden ist, selbst wenn es möglich ist den Primäraffekt zu exzidieren, rät Jadassohn zu warten bis die allg. Erscheinungen aufgetreten sind. Letzterem stimmte Finger bei.

An diese Diskussion schloss sich nach kurzer Mittagspause eine glänzende Demonstration seltener dermatologischer Fälle, wo manches Mal die Diagnose zu lebhaftem Meinungsaustausch Anlass gab. Endlich hielt noch Prof. His einen kurzen, aber lehrreichen Vortrag über die Bekämpfung einer Trichophytieepidemie in Basel. Im vorigen Jahr erkrankte in der einen Schule Basels ein Knabe an Trichophytie, der bald einige andere Knaben infizierte. Obgleich man jetzt auf die Sache aufmerksam wurde, sah man dieselbe noch nicht mit dem nötigen Ernst an, bis nach einigen Monaten die Krankheit sich gewaltig ausgedehnt hatte und wie eine genaue Schulstatistik ergab in drei Schulen 80 Fälle betraf. Nun erst wurde der Kampf mit dieser Haarkrankheit seitens des Basler Cantons energisch aufgenommen. Einerseits wurden Aerzte zum Studium der Krankheit nach Paris geschickt, andererseits sofort ein Röntgenapparat angeschafft und die Kinder gezwungen, sich gratis in der Poliklinik behandeln zu lassen und, was noch schwieriger war, stets einen Verband zu tragen, um weiterer Ausbreitung der Krankheit vorzubeugen. Als aber der Sommer kam, wurden die kranken Kinder in besonderer Ferienkolonie untergebracht.

Endlich darf nicht unerwähnt bleiben, dass man sich nicht nur auf die Kontrolle der kranken Kinder beschränkte, sondern durch die Sanitätsärzte alle Angehörigen der kranken Kinder untersuchen und im Falle ihrer Miterkrankung gleichfalls zwang, sich gratis behandeln zu lassen. Der Erfolg ist natürlich nicht ausgeblieben, die Epidemie hat sich in den letzten Monaten nicht mehr weiter verbreitet und die von ihr Betroffenen beginnen zu genesen.

Der dritte und letzte Tag brachte zunächst wieder eine Reihe interessanter Krankenvorstellungen, dann aber noch einzelne kleinere Vorträge, die sich mit Detailfragen beschäftigten, aber ein jeder in seiner Art einen Beitrag zum Ganzen lieferten.

Unter diesen kleineren Arbeiten verdienen allgemeineres Interesse, die Forschungen Neuberger's über die Epididymitis gon., welcher einen grossen Prozentsatz dieser misslichen Komplikation ungeschickten Einspritzungen zuschiebt, ferner die Schindler'sche Auffrischung der schon auf dem Kongress in Sarajevo von Baermann vorgeschlagenen Behandlung der Epididymitis gon. mit Punktion.

Obgleich es nur in Ausnahmsfällen gelingt Eiter zu aspirieren, kommt es doch zu Temperaturabfall und Nachlassen der Schmerzhaftigkeit, anscheinend allein durch die Entspannung. Die Bier'sche Stauung bringt nach Schindler bei der Epididymitis weniger Erleichterung.

Zum Schluss sei noch der ungemein gastfreundlichen Aufnahme dankbar gedacht, welche Prof. Jadassohn in so liebenswürdiger Weise den Kongressmitgliedern entgegenbrachte.

Arth. Jordan—Moskau.

Von der XXXIII. Versammlung der Ophthalmologischen Gesellschaft in Heidelberg am 6., 7. und 8. August 1906.

Die diesjährige Versammlung fand unter besonders feierlichen Auspizien statt. Galt es doch die Verleihung der Graefe-Medaille. Diese soll nach dem Statut alle zehn Jahre demjenigen verliehen werden, der sich unter den Zeitgenossen am meisten um die Ophthalmologie verdient gemacht hat. Vor 20 Jahren war sie H. v. Helmholtz, vor 10 Jahren Th. Leber zugesprochen worden. Diesmal war die Wahl wiederum nicht auf einen Ophthalmologen, sondern auf einen um die physiol. Optik hochverdienten Physiologen gefallen: auf Ewald Hering (Leipzig). Nachdem in der Aula die Festsitzung durch Sattler (Leipzig) eröffnet worden, bestieg Leber (Heidelberg) das über der blumengeschmückten Büste Albrecht v. Graefe's errichtete Katheder, um in der Festrede ein lebendiges Bild des grossen Augenarztes und Stifters der Ophthalmolog. Gesellschaft zu entwerfen und sodann auf die Verdienste des heute Preisgekrönten einzugehen.

In geistvoller von vornehmer Bescheidenheit durchdrungener Gegenrede entwickelte Hering die von ihm vertretenen Anschauungen über den Sehakt, insbesondere über das binoculare Sehen («Doppelauge»), über Farben- und Lichtsinn.

Aus dem reichen, in 3 wissenschaftlichen und 2 Demonstrationssitzungen fast vollständig aufgearbeiteten Programm der diesjährigen Tagung kann nur einiges herausgegriffen werden, zumal die meisten Mitteilungen ein vorwiegend spezialistisches Interesse boten.

Auf experimentell-patholog. Gebiete beanspruchen besonders Beachtung die minutiösen Untersuchungen Roemer's (Würzburg) über den Stoffwechsel der Linse und Giftwirkungen auf dieselbe.

Von Interesse inbezug auf die Aetiologie der Katarakte war auch die Mitteilung von Fuchs (Wien) über das relativ häufige Vorkommen von Star bei Individuen mit dunkler Haarfarbe und heller Iris.

Zu lebhafter Diskussion führten wegen der forensischen Bedeutung des Thema's die in ihren Schlussfolgerungen divergierenden Vorträge von v. Hippel jun. (Heidelberg) und Pfalz (Düsseldorf) über den event. Zusammenhang zwischen Trauma und Keratitis parenchymatosa. Die bisher, besonders von Seiten rheinisch-westfälischer Augenärzte mitgeteilten Fälle gestatten noch nicht ein in der Anamnese nachgewiesenes Trauma für das spätere Auftreten einer parenchymatösen Keratitis verantwortlich zu machen, wenn ein solcher Zusammenhang auch möglich, sogar wahrscheinlich erscheint.

Ein neues Verfahren zur operativen Behandlung des Glaukoms brachte Holth (Christiania) in Vorschlag. Es handelt sich um subconjunctivale Einheilung der Iris mit Bildung einer Irisfistel («Iridenkleisis»). H. ist dabei von der Beobachtung ausgegangen, dass oft gerade solche Glaukomoperationen ein gutes Dauerresultat geben, bei denen es zu einer unbeabsichtigten Irseinheilung kam und ist mit den Resultaten der systematisch geübten «Iridenkleisis» zufrieden.

Beachtenswert besonders in didaktischer Hinsicht waren die Ausführungen Straub's (Amsterdam) über den Begriff der Emmetropie («ideale» Refraktion, Nullpunkt der Refraktionsbestimmung) und seine dementsprechenden Vorschläge betr. die Formel der Refractionsanomalien (Myopie = Em + n D, Hyperopie = Em — nD).

Schirmer (Greifswald) berichtete in seinem Vortrage: «Zur Prognose des traumatischen Glaskörperabszesses» wiederum über die Resultate der von ihm eingeführten energischen Hg-Behandlung der infizierten penetrierenden Augenverletzungen. Diese nach Sch. Vorgang jetzt vielfach methodisch geübte Behandlung ist gewiss im Stande manches wenn auch blinde Auge zu erhalten, welches sonst sicher zur Enucleation resp. Evisceration käme. Doch bietet es nicht immer die nötige Sicherheit gegen sympathische Erkrankung des andern Auges. In diesem Sinne warnten denn auch in der Diskussion mehrere Redner vor garzu konservativem Verhalten in Fällen, wo dem Verletzten mit

der Opferung des blinden Auges im Interesse des andern besser gedient sein dürfte, als mit dessen Erhaltung!

Ein aktuelles Thema berührte Wessely (Berlin) mit seinen experimentellen Untersuchungen über die Wirkung der Bier'schen Kopfstauung auf das Auge. Bei Druckstauung (Gummi-Halsbinde) traten beim Kaninchen hochgradiger Exophthalmus mit Chemose und retrobulbären Blutergüssen auf. Dagegen konnten auffallenderweise an den inneren Augenteilen, speziell am Augenhintergrunde, keinerlei Veränderungen konstatiert werden. Bei Saugstauung kam es ausser zu hochgradigem Oedem, Chemose, Exophthalmus etc. auch zu rapider Steigerung des intraocularen Druckes! — Eine therapeutische Verwendung der einen oder andern Form der Stauung ergiebt sich zunächst aus diesen experimentellen Resultaten ebensowenig, wie aus vereinzelten in der Diskussion mitgeteilten klinischen Beobachtungen.

Von gleichem Interesse für Ophthalmologen wie Rhinologen war der Vortrag von Onodi (Budapest) über die Aetiologie der kontralateralen Sehstörungen und Erblindungen nasalen Ursprungs. An seinen höchst instruktiven Präparaten wies Vortr. die nahen anatomischen Beziehungen zwischen hintern Siebbeinzellen, Keilbeinhöhle und Canales optici nach, welche bei einseitiger Erkrankung der Nebenhöhlen auch eine contralaterale Sehnervenaffektion möglich machen.

Grunert (Bremen) empfahl das in andern Zweigen der praktischen Medizin bereits angewandte Thiosinamin zwecks Lockerung von Narbengewebe (bei Ektropium cicatricum, Symblepharon u. drgl. m.). Intramuskuläre Injektion von: Thiosinamin 4,0. Glyzerin 8,0, Aq. destill. ad. 40,0.

In den Räumen des physiolog. Institute, wo die Demonstrationssitzungen stattfanden, war eine unübersehbare Menge von mikroskopischen Präparaten ausgestellt. Von besonderem Interesse waren die Befunde von Spirochaeten (Stock (Freiburg) Greeff-Clausen (Berlin) und Trypanosomen (Stock (Freiburg), Stargard (Kiel), Roemer (Würzburg). Einige Vorträge waren durch hervorragend schöne Projektionsbilder erläutert, so: v. Hippel jun. (Heidelberg) experimentell-teratologische Befunde, Peters (Rostock) Geburtsverletzungen des Auges (Risse der Membr. Descemeti), Harms (Tübingen) Verchluss der Vena (resp. Arteria) centralis retinae bei Netzhautblutungen, Salzer (München) Parasiten in der Linse des Forellenauges, Wolfram (Leipzig): Zur Genese des Glaskörpers u. A. Die musterhafte Präzision, mit der alle Demonstrationen stattfanden, ermöglichte die Erledigung der ganzen reichen Tagesordnung. Berechtigte Bewunderung erregte die von Dimmer (Graz) ausgelegte Sammlung ophthalmoskop. Photogramme normaler und pathologischer Augenhintergründe.

Die Versammlung war glänzend besucht. Beim herrlichsten Wetter verschwendete Alt-Heidelberg seine ewig jungen Reize. Die traditionellen Veranstaltungen: gemeinsames Mahl im Hotel Bellevue beim Schloss und Ausflug nach Ziegelhausen, verliefen auf's schönste und werden allen Teilnehmern in angenehmster Erinnerung bleiben.

Blessig.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Mittelst Allerhöchsten Gnadenbriefes vom 7. September d. J. an den Ober-Medizinalinspektor der Flotte, Leibchirurgen des Hofes Seiner Kaiserlichen Majestät, wirklichen Geheimrat Dr. Wladimir Kudrin, ist demselben als Belohnung für seinen langjährigen ausgezeichnet eifrigen und nützlichen Dienst an der Spitze der Marine-Medizinalverwaltung Allergnädigst der St. Wladimirorden I. Klasse verliehen worden. — Dr. Kudrin steht gegenwärtig im 72. Lebensjahre und hat bereits am 7. Juli 1904 das 50-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Tätigkeit gefeiert.

— Am 6. Oktober n. St. beging der berühmte Anatom der Berliner Universität, Dr. Wilhelm Waldeyer, unter Teilname der gesammten Gelehrtenwelt seinen 70. Geburtstag. Nachdem er seine medizinische Ausbildung auf den Universitäten Göttingen, Greifswald und Berlin erhalten, promovierte er 1861 in Berlin zum Doktor med. und war dann Assistent an den physiologischen Instituten zu Königsberg und Breslau, wo er 1865 Professor der pathologischen Anatomie wurde. 1872 wurde er als Ordinarius für normale Anatomie nach Strassburg berufen, von wo er aber bereits 1883 einem Rufe als Nachfolger Reicherts an die berliner Universität folgte. Zugleich ist er in der Akademie der Wissenschaften seit dem Tode du Bois-Reymonds ständiger Sekretär. Waldeyer ist gleichbedeutend als anatomischer Lehrer und Forscher.

Ernannt: Der Korpsarzt des 7. Armeekorps Dr. Solnzew — zum Bezirks-Medizinalinspektor des Irkutskischen Militärbezirks, und der Brigadearzt der 4. Schützenbrigade Dr. Dmitrewski — zum Gehülfen des Militär-Medizinalinspektors des Irkutskischen Militärbezirks.

Verabschiedet: Der Direktor der Saratow'schen psychiatrischen Heilanstalt Dr. Steinberg, der Oberarzt des Pjatigorskischen Lokallazaretts Dr. Pomeranzew und der Brigadearzt der 2. turkestanschen Reservebrigade Dr. Schulgin, — alle drei auf eigenes Ersuchen mit Uniform und Pension.

— Die Professoren der Charkower Universität Dr. M. Lomikowski (Therapeut) und W. Danilewski (Physiolog) sind nach Ausdienung von 30 Jahren in den Ruhestand getreten.

— Am 1. Oktober n. St. feierte der ordentliche Honorarprofessor der Pharmakologie an der Universität Jena, Dr. Moritz Seidel, seinen 70. Geburtstag. Die Stadt Jena hat ihm bei dieser Gelegenheit das Ehrenbürgerdiplom verliehen.

— Die ausserordentlichen Professoren der Warschauer Universität Dr. Tschernjachowski und Dr. Gendre sind zu ordentlichen Professoren ernannt worden, ersterer auf dem Lehrstuhl der theoretischen Chirurgie und letzterer auf dem Lehrstuhl der Physiologie.

— Professor Dr. v. Noorden, der Nachfolger Prof. Nothnagels auf dem Lehrstuhl für innere Medizin und in der Leitung der ersten medizinischen Klinik an der Wiener Universität, hat am 1. Oktober n. St. diese Funktionen übernommen.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 25. September zu Freiburg i. Br. der frühere Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie an der Dorpater Universität Dr. Johann v. Holst an den Folgen eines Schlaganfalles im 84. Lebensjahre. Zu Dorpat als Sohn des Stadtarztes Heinrich v. Holst am 23. Februar 1823 geboren, erhielt er seine Schulbildung in der bekannten Lehranstalt zu Birkenruh und bezog dann die Universität seiner Vaterstadt, an welcher er von 1841—46 Medizin studierte und 1845 für die Lösung einer Preisaufgabe die goldene Medaille erhielt. Nach Erlangung der Doktorwürde i. J. 1846 setzte er seine Studien in Prag fort und war dann sukzessive Assistent, von 1848 an Privatdozent und nach Prof. Walters Emeritierung i. J. 1859 Professor der Geburtshülfe an der Dorpater Universität. Im Jahre 1883 gab er seine Lehrtätigkeit auf, war aber noch bis 1889 als praktischer Frauenarzt in Dorpat tätig, um dann nach Deutschland überzusiedeln, wo er in Freiburg seine letzten 18 Lebensjahre zubrachte und i. J. 1903 noch in voller körperlicher und geistiger Frische seinen 80. Geburtstag beging. Was die wissenschaftliche Tätigkeit des Verstorbenen anbelangt, so legen seine zahlreichen Arbeiten Zeugnis für dieselbe ab, ebenso die von ihm zuerst angewandte bimanuelle Untersuchungsmethode, welche für die Entwickelung der Gynäkologie von wesentlicher Bedeutung gewesen ist. Bemerkenswert ist noch, dass die von ihm i. J. 1861 begründete gynäkologische Abteilung der Dorpater Klinik eine der ersten dieser Art war. Für seine Bedeutung als Lehrer spricht die grosse Zahl seiner Schüler, die in der Folge Hervorragendes auf dem Gebiet der Geburtshülfe und Frauenheilkunde geleistet haben. Neben seiner Lehrtätigkeit übte er noch eine umfangreiche Privatpraxis aus und erfreute sich namentlich als Hausarzt in vielen Familien Dorpats grosser Liebe und Hochschätzung. Mit Professor v. Holst ist ein in seiner Heimat als Universitätslehrer und Arzt hochgeachteter Mann hingeschieden, dem seine Schüler wie seine Patienten ein treues und liebevolles Andenken noch über das Grab hinaus bewahren werden. 2) Am 22. September der jüngere Arzt der Revalschen Grenzwachenbrigade Isidor Schnee im Alter von 40 Jahren. Er ist im Finnischen Meerbusen auf einer Fahrt mit einem Segelboot in Dienstangelegenheiten durch Kentern des Bootes ertrunken. Die ärztliche Tätigkeit hat

Sch. seit 1889 ausgeübt. 3) Im Kirchdorf Taldom (Gouv. Twer) der Landschaftsarzt Gabriel Shernokow im 50. Lebensjahre am Oesophaguskrebs. Für die Beliebtheit, die der Verstorbene als Arzt und als Mensch sich während seiner mehr als 20-jährigen Praxis an diesem Orte erworben hatte, sprach auch die zahlreiche Beteiligung der Ortsbewohner und vieler Dörfer der Umgegend. 4) In Rostow a./Don der Ordinator des örtlichen Stadthospitals Dr. Johann Stawski im 55. Lebensjahre nach fast 30-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 5) Am 30. September n. St. Professor emer. Dr. Joseph Weinlechner in Wien bei einem Jagdausfluge an einem Schlaganfalle im Alter von 76 Jahren. W. war früher Leiter der eigens für ihn errichteten dritten chirurgischen Klinik in Wien und wurde besonders wegen seines Unterrichts in der praktischen Chirurgie von den Studenten sehr geschätzt. Von ihm stammt eine ebenso sinnreiche wie einfache Operation bei Querbruch der Kniescheibe durch Anwendung von Nagel und Hammer. Vor 6 Jahren musste er nach Erreichung der Altersgrenze von seinem Lehramt zurücktreten. Vor 2 Jahren feierte er sein 50-jähriges Doktorjubiläum.

Von Universitäten und med. Instituten.

— An der Dorpater Universität unterziehen sich den Prüfungen zur Erlangung des Arztgrades gegenwärtig 46 Personen. Davon sind 25 Studierende der Dorpater Universität, 6 von anderen Universitäten des Reiches (darunter 1 Dame) und 15 von ausländischem Universitäten (darunter 4 Damen).

— An der Dorpater Universität sind, der Nordl. Ztg. zufolge, zu Beginn dieses Wintersemesters insgesamt 419 Studierende neu immatrikuliert worden — eine Zahl, die ungleich höher gewesen sein würde, wenn nicht in dem 1. Kursus der medizinischen Fakultät die Aufnahme neu zu Immatrikulierender so gut wie ausgeschlossen gewesen wäre. Es soll sich übrigens neuerdings die medizinische Fakultät bereit erklärt haben, noch etwa 100 Medizin-Studierende aufzunehmen. — Schliesslich sei noch erwähnt, dass etwa 100 zur Inskription Angemeldete, denen die Aufnahme in die Zahl der Studierenden zugesagt worden ist für den Fall, dass sie spätestens bis zum 1. Oktober sich hier einfinden, noch nicht in Dorpat eingetroffen sind.

Von den bisher neu immatrikulierten 419 Studierenden gehören: 317 zur juristischen Fakultät, 59 zur physiko-mathematischen, 15 zur theologischen sowie je 14 zur medizinischen und zur historisch-philologischen Fakultät. — Ferner sind 48 Pharmazeuten neu aufgenommen worden.

— Der Konseil der Warschauer Universität ist zu dem Beschluss gekommen, dass die Wiederaufnahme der Arbeiten in nächster Zukunft in Warschau nicht möglich sei; daher müssten die akademische Organisation und die Mittel der Universität zur Schöpfung einer neuen Pflanzstätte der Hochschulbildung an einem anderen Orte des Reiches ausgenutzt werden.

— An der Würzburger med. Fakultät ist eine ausserordentliche Professur für Haut- und Geschlechtskrankheiten errichtet, und dem Privatdozenten Dr. O. Seifert übertragen worden, der zugleich auch die Vorlesungen über Nasen- und Kehlkopfkrankheiten übernimmt.

— Der Student, welcher, wie wir vor einiger Zeit mitteilten, um Aufnahme als freier Zuhörer in das weibliche medizinische Institut nachsuchte, ist von der Administration des Instituts abschlägig beschieden worden.

— Ein wackeres Beispiel nationalen Pflichtbewusstseins und nationaler Opferwilligkeit hat letzthin den Kyffhäuserverband der Vereine Deutscher Studenten gegeben. Derselbe hat auf der Festtagung zu seinem 25-jährigen Bestehen zu Kelbra am Kyffhäuser beschlossen, seinen sämtlichen Aktiven und Inaktiven die Verpflichtung aufzuerlegen, von ihrem Monatswechsel für den Monat November 2 Prozent an den Hülfsausschuss für die notleidenden Deutschen Russlands zur Unterstützung deutsch-baltischer Studierender zu zahlen. Schon früher hat die deutsche Burschenschaft zu gleichen Zwecken die Summe von 500 Mark bewilligt. Diese beiden grossen nationalen Verbände der deutschen Studentenschaft haben es durch diese Beschlüsse in schönster Weise bekundet, dass es ihnen mit der Betätigung ihres Deutschtums ernst ist, und sie lösen gleichzeitig eine Ehrenpflicht des deutschen Volkes gegenüber ihren baltischen Kommilitonen ein. Die deutsch-baltischen Korporationen in Dorpat waren es, die im grossen Geburtsjahre des Deutschen Reiches 1871 auf ihre studentischen Festveranstaltungen verzichteten und die dabei frei gewordenen Beträge den deutschen Feldlazaretten zur Pflege der Verwundeten im Kriege zur Verfügung stellten.

Standesangelegenheiten.

— Der Landschaftsarzt im Flecken Gostinopol (Kreis Nowaja Ladoga im Gouv. Petersburg) Dr. A. S. Petrowski ist für regierungsfeindliche Propaganda unter der Bevölkerung dem Gericht übergeben worden.

— Der Student der militär-medizinischen Akademie Golowanow und die Zuhörerin des weiblichen medizinischen Instituts W. Balinski wurden am 15. September vom St. Petersburger Gerichtshof wegen Zugehörigkeit zur sozial-revolutionären Partei und Verbreitung von Proklamationen zur Festungshaft von zwei Jahren verurteilt.

— Auf Anordnung des Gouverneurs muss das Tichwinsche Landschaftsamt den Arzt Andrejew und den Feldscher Sokint aus dem Landschaftsdienste sofort entlassen.

— Ebenso ist vom Moskauer Gouverneur die Entlassung der Feldscherin der Moskauer Landschaft A. Levi, welche am 6. August verhaftet, nach einem Monat aber freigelassen wurde, auf Grund der Bestimmungen des verstärkten Schutzes angeordnet worden.

— Der vor kurzem verstorbene verdienstvolle Oberarzt des Odessaer Evangelischen Hospitals Dr. E. Fricker, dessen Nekrolog wir in № 37 brachten, hat wie die «Odess. Ztg.» erfährt, in seinem Testament nachstehende Legate ausgesetzt:
Dem Evangelischen Hospital 20,000 Rbl., von welchen 10,000 Rbl. zur Stiftung eines Bettes für ein krankes Kind auf den Namen der Frau E. Brandt zu verwenden sind 5000 Rbl. sind bestimmt zur Verstärkung der Schwesterpensionskasse, und 5000 Rbl. bleiben zur freien Verfügung des Verwaltungsrats. Ferner dem deutschen Hilfsverein, dem deutschen Turnverein, dem lutherischen Waisenhaus, der Gesellschaft Harmonia und den Armen Odessas je 1000 Rbl.

Auch bei Aufstellung seiner Testaments hat also Dr. Fricker bewiesen, mit wie festen Banden er an seiner Gründung, dem Evangelischen Hospital hing und wie sehr er die Stadt Odessa in sein Herz geschlossen hatte. Es wäre daher sehr zu wünschen, dass der von der Verwaltung des Evangelischen Hospitals erlassene Aufruf zu einer Dr. Frickerstiftung, d. h. Gründung zweier Betten für arme Kranke auf seinen Namen, lebhaften Widerhall in den Herzen seiner vielen Freunde und Verehrer fände.

— Die Frage, ob das Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes über den Tod des Patienten hinausandauert, beantwortet ein kürzlich ergangenes Urteil des Dresdener Oberlandesgerichts folgendermassen: Der Tod des Patienten befreit den Arzt nicht von seiner Schweigepflicht. Diese Pflicht beruht insbesondere beim Arzt auf Rücksichten persönlicher Art. Wer einen Arzt zu Rate zieht, soll sicher sein, dass von dem, was er über seine Leiden dem Arzt anvertraut, nichts ohne seinen Willen bekannt wird. Wenn dieser Schutz versagte, würde zu befürchten sein, dass gerade bei Leiden, deren Geheimhaltung dem Patienten besonders erwünscht zu sein pflegt, und für welche die Zuziehung eines Arztes im Interesse der Allgemeinheit besonders notwendig ist, diese Zuziehung mehr und mehr unterlassen würde. Es ergiebt sich die Folgerung, dass der Arzt nach dem Tode seines Patienten von der Verschwiegenheitspflicht überhaupt nicht mehr entbunden werden kann. Zu dem gleichen Ergebnis führt die Erwägung, dass das Gesetz durch Verleihung des Rechtes zur Zeugnisverweigerung an Aerzte nicht nur den Kranken gegen die Offenbarung seiner Gebrechen, sondern auch den Arzt gegen den Zwang schützen will, die ihm vertraulich gemachten, der Verschwiegenheit bedürfenden Mitteilungen seiner Patienten preiszugeben. Auch nach dem Tode des Patienten hat das Pietätsgefühl des Arztes auf Schonung Anspruch; sein Zeugnisverweigerungsrecht wird daher mit diesem Zeitpunkt ein dauerndes. — Hinzugefügt sei jedoch, dass der Arzt eine strafgerichtliche Verfolgung wegen Preisgabe seiner Wissenschaft nach dem Tode des Patienten im allgemeinen nicht zu befürchten hat, da in der Regel nur der Patient selbst zur Stellung des erforderlichen Strafantrages berechtigt ist.

Verschiedene Mitteilungen.

— Ueber Prof. v. Behrings neues Tuberkulosemittel «Tulese» (cfr. unsere Mitteilung in der vorigen Nr.) hat vor kurzem der Leiter der Pariser Volkskliniken Dr. Bernheim im Pariser «Temps» einen Artikel veröffentlicht, der ungünstige Angaben über dieses Mittel enthielt. Dr. Bernheim will diese Beobachtungen, die ihn zu diesem Angriff veranlassten, in der med. Klinik zu Strassburg gemacht zu haben, wo man sich ihm gegenüber über die Wirkungslosigkeit, ja sogar Schädlichkeit des Mittels geäussert habe. Daraufhin hat nun der Direktor der Strassburger Klinik Prof. Krehl eine Zuschrift an den «Temps» gesandt, in der er die Veröffentlichung Bernheim's unverblümt als einen «leichtfertigen und in wesentlichen Punkten falschen, beziehungsweise wahrheitswidrigen Bericht» bezeichnet, dem jede Grundlage fehle und Bernheim dafür verantwortlich macht, dass Prof. v. Behring infolge dieser aus der Luft gegriffenen böswilligen Angriffe die Sendung des neuen Mittels an die Strassburger Klinik einstweilen eingestellt habe.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 16. Sept. d. J. 11237 (61 mehr als in der Vorwoche), darunter 1364 Typhus — (7 wen.), 1144 Syphilis — (7 mehr), 453 Scharlach — (3 wen.), 278 Diphtherie — (29 mehr), 49 Masern — (1 wen.), und 7 Pockenkranke — (0 wen. als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 10. bis zum 16. Sept. d. J. im ganzen 689 (378 M., 311 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 43, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 3, Pocken 1, Masern 11, Scharlach 36, Diphtherie 35, Croup 0, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 18, Erysipelas 0, Grippe 1, Katarrhalische Lungenentzündung 61, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 11, Tuberkulose der Lungen 93, Tuberkulose anderer Organe 23, Alkoholismus und Dilirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 30, Marasmus senilis 22, Krankheiten des Verdauungskanals 56, Totgeborene 42.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 3. Okt. 1906.

Tagesordnung: Fuhrmann: Ueber relative Pylorusstenose des Säuglings.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 23. Okt. 1906.

Tagesordnung: Kernig: Ueber die Flexionskontraktur im Knie bei Meningitis.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14. zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 40 St. Petersburg, den 7. (20. Oktober). 1906.

Estländische Aerztliche Gesellschaft.

III. Aerztetag.

Am 3., 4., 5. November 1906, in Reval (Revaler Club).

Anmeldungen von Vorträgen bittet Reval, grosse Rosenkranzstrasse Nr. 11 p. adr. Dr. Wistinghausen bis zum 15. Oktober einzusenden.

Der Vorstand.

Zur Herzdämpfungsfrage.

(Vortrag, gehalten auf dem 18. livl. Aerztetage in Wolmar am 20. August 1906).

Von

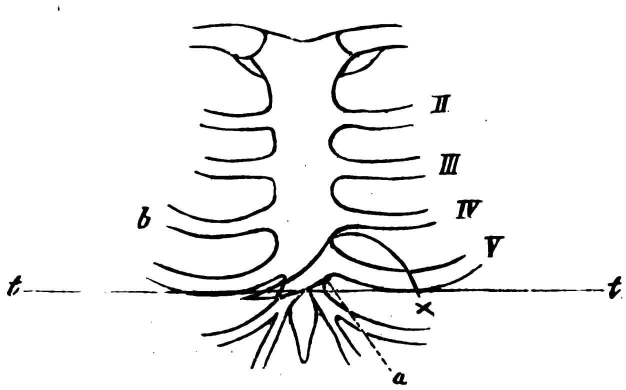
Dr. P. Hampeln.

I.

Die normale absolute Herzdämpfung.

Die sogenannte absolute Herzdämpfung hat die bekannte Form eines Dreieckes mit stumpfer, im vierten Interkostalraume am linken Sternalrande gelegener Spitze und einer c. 8 Cm. langen Grundlinie, die sich von der Insertionsstelle der linken 6. Rippe am Sternum bis zur Spitzenstossstelle, gewöhnlich im 5 I. R. nach innen von der l. Mamillarlinie, erstreckt. Die linke und rechte Seite dieses stumpfspitzen Dreiecks verläuft, die erste schräg abwärts nach links zum Spitzenstosse oder seiner gewöhnlichen Stelle hin, die zweite gerade abwärts am linken Sternalrande bis zum sternalen Endpunkte der Basallinie. Das ist die allgemein gelehrte und als normal anerkannte absolute Herzdämpfungsfigur (Fig. 1 a).

Fig. 1.



Man begegnet aber verhältnissmässig oft, wie schon aus früheren Mitteilungen hervorgeht (Rosenstein [1], was aber erst von Krönig [2]) systematisch untersucht und von Oestreich [3]) auf eine sichere anatomische Basis gestellt wurde, einer Variante dieser Normfigur. Darnach verläuft die rechte Dämpfungsgrenze nicht vertikal, sondern, nach Auffassung der genannten Autoren sogar in der Regel, schräg abwärts nach rechts, das untere Sternalende schneidend, bis zur Insertion des rechten 6. Rippenknorpels, wo sie in die rechte untere Lungen-Lebergrenze einbiegt (Fig. 1 b). Auch mir ist schon in meiner früheren Krankenhaustätigkeit die Variante b wiederholt aufgefallen. Doch vermag ich, auch nach fortgesetzter Prüfung der Sache diese Ausdehnung der Herzdämpfung nach rechts unten nicht als Regel anzuerkennen, sondern erblicke in ihr nur einen gleich-

[1]) Ziemssen: Spez. Path. und Ther. Band VI 1876. «Einleitung zu den Krankheiten des Herzens», pag. 23.

falls häufigen Fall der Herzdämpfungsform unter normalen Verhältnissen.

Dabei hat die Dämpfung dieses der gewöhnlichen Herzdämpfung nach rechts angesetzten dreieckigen kleinen Feldes eine sehr verschiedene, alle Grade des dumpfen Schalles durchlaufende Intensität, die jedoch immer noch eine Nüance gegen die Dämpfung in der Gegend links vom Sternum zurückbleibt. Aber auch diese sogenannte „absolute" Herzdämpfung ist das ja doch eigentlich nie, sondern hat, wovon man sich bei ihrer Vergleichung mit dem Schenkel- oder Leberschalle überzeugen kann, immer noch klangartigen Charakter, bald mehr und zwar in oft störender Weise, bald weniger. Nur bei bedeutender Herzvergrösserung oder bei grösseren perikardialen Exsudaten weicht der gewöhnlich klangartige Schall dem wirklich dumpfen. Sonst aber, unter normalen Verhältnissen, handelt es sich in der ganzen Ausdehnung des wandständigen, von der Lunge nicht bedeckten Teils der vorderen Herzfläche immer nur um graduelle Unterschiede eines relativ dumpfen Perkussionsschalles, mit grösserer Intensität der Dämpfung links vom Sternum, mit geringerer, mehr oder weniger ausgesprochener Intensität nach rechts zum unteren Ende des rechten Sternalrandes hin. Wir können mithin aus einer solchen sternalen Verbreiterung der Herzdämpfung weder auf eine totale noch auch partielle, rechtsseitige Vergrösserung des Herzens, wie das der früheren Lehre gemäss eigentlich zu geschehen hatte, schliessen. Es liegen vielmehr in beiden Fällen noch ganz normale Verhältnisse vor oder können das wenigstens tun.

Auf diese zwei Grundformen der normalen Herzdämpfungsfigur stösst man aber nicht nur unter gewöhnlichen Herzgrössenverhältnissen, sondern auch in pathologischen Fällen, in denen aus klinischen Gründen, bei bestehender Dekompensation, eine Dilatation des rechten Ventrikels bereits anzunehmen ist, wo aber trotzdem die Herzdämpfungsfigur sich durchaus nicht von der angegebenen zweiten normalen unterscheidet. Erst hochgradigere Dekompensation, erheblichere Dilatation und Hypertrophie des rechten Herzventrikels hat eine auffallendere Verbreiterung der Herzdämpfung, wie auch de la Camp[4]) hervorhebt, nach rechts zur Folge, während eine mässsige Vergrösserung der rechten Herzhälfte sich überhaupt nicht markiert, sondern eher an einer Verbreiterung der Dämpfung nach links oder oben erkannt wird. Zu Gunsten dieser in klinischen Erfahrungen begründeten Auffassung sprechen auch orthodiagraphische Messungen der Herzgrösse bei Herzfehlern, wie sie von Moritz[5]) vorliegen. Es handelte sich um einfache Herzdilatation, Mitralinsuffizienz, kongenitalen Herzfehler, Aortenklappeninsuffizienz und Aneurysma, im ganzen um 9 Fälle von Bestimmungen des von M. sogenannten Medianabstandes. Der rechte Medianabstand war nun meist normal. Nur zweimal übertraf er die maximale Grenze, zweimal näherte er sich sogar der minimalen Grenze, während in denselben 9 Fällen der linke Medianabstand immer nahezu maximal war, 6 mal sogar die maximale Grenze überschritt. Es kommt also, wie es scheint, der Herzgrenzenbestimmung nach rechts in der Tat nicht die Bedeutung zu, die ihr früher, mehr einem Dogma zuliebe zugesprochen wurde. Sie lässt uns vielmehr, exzessive Fälle wie gesagt ausgenommen, in der Regel im Stich.

Dasselbe gilt m. E. aber auch von der Gestalt der rechten Herzdämpfungsgrenze. Schon lange, seit Matterstock's Kundgebung hierüber, ist ihre gelegentliche „Bajonettform" bekannt. Krönig[6]) nun und namentlich Oestreich[7]) vertraten dann die Auffassung, dass diese von Krönig als „Treppenform" bezeichnete Gestaltveränderung charakteristisch für eine Erweiterung des rechten Ventrikels sei und zwar absolut, d. h., sie beweise nicht nur im Anwesenheitsfalle die Erweiterung dieses Ventrikels, sondern gestatte im Abwesenheitsfalle auch den Ausschluss einer solchen Erweiterung[8]). Das wäre natürlich eine sehr günstige diagnostische Position. Doch kann ich mich dieser dogmatischen Fassung einer richtigen Beobachtung nicht anschliessen, da ich diese seit vielen Jahren auch von mir oft demonstrierte Gestaltveränderung der rechten Herzdämpfungsgrenze auch bei Herzgesunden antraf und sie andererseits bei anzunehmender Dilatation der rechten Herzhälfte oft vermisst habe. Es kommt ihr m. A. n. keine besondere diagnostische Bedeutung zu.

Wichtigere Aufschlüsse über die Herzgrösse und ihre Veränderungen geben die Grenzenbestimmungen links. Der doch immerhin störende Eigenschall des Sternums fällt hier fort, ebenso die eine Grenzenbestimmung nach rechts oft erschwerende, sich an die Herzdämpfung seitlich anschliessende Leberdämpfung[9]), während der Spitzenstoss wiederum, seine Wahrnehmbarkeit vorausgesetzt, die Bestimmung der linken Dämpfungsgrenze sehr erleichtert und dem Ergebnis der Untersuchung die grösste Sicherheit verleiht. Schon geringe Grössenveränderungen des Herzens können hier darum meist festgestellt werden.

Zur näheren Bestimmung der Lage der perkutorischen Herzgrenzen bedient man sich gewisser Richtlinien, der Mamillar- und Medianlinie. Von ihnen erscheint die Medianlinie wegen ihrer Konstanz als die wichtigere, während die Mamillarlinie, ihrer Inkonstanz wegen nach dem Vorschlage Curschmann's (Tübingen)[10]) besser aufgegeben wird. Auch eine zum Ersatz der Mamillarlinie schon von Luschka vorgeschlagene senkrechte Clavicularlinie ist, wenn auch in geringerem Grade, so doch immer noch eine inkonstante, von der wechselnden Schulterbreite abhängende Grösse. Am besten wird darum wohl nach dem Vorgange von Riess[11]) und Kirchner's[12]) die seitliche Ausdehnung der Herzgrenzen nach ihrer Entfernung von der Medianlinie durch Messung bestimmt.

Zur Feststellung der Höhenlage der Herzgrenzen ist es üblich sich nach der Ordnung der Rippen resp. der Zwischenrippenfurchen zu richten. Doch ist auch dieses Verfahren wegen der nicht seltenen Variationen der Rippenansätze m. E. nicht zu empfehlen.

Denn, bei der Angabe z. B., dass der Spitzenstoss im 5. oder einem anderen I. R. liegt, interressiert uns doch nicht diese Beziehung des Spitzenstosses zum I. R. an sich, sondern, dass damit die Höhenlage des Spitzenstosses entschieden sein soll, ob er normal oder iunormal, d. h. höher oder tiefer als gewöhnlich gelegen ist. Das erfährt man aber durch die übliche Orientierung an den Rippen, wegen ihrer variablen Lage, nicht, wohl in

---

2) «Zur klinischen Anatomie etc.», Berliner kl. W. 1899, № 13.

3) «Zur Perkussionsfigur des Herzens», Virchow's Archiv 1900, Bd. 160, p. 490.

4) Verhandlungen des Kongr. f. i. Med. 1901, p. 209 u. 210.

5) «Ueber Veränderung in der Form. . . .» D. Arch. f. kl. Med. Bd. 82, p. 10.

6) Berl. kl. W. 1899, Nr. 13.

7) Anatomie u. physikal. Untersuchungsmethoden. R. Oestreich u. O. de la Camp. Berlin, 1905, p. 111.

8) Oestreich l. c. p. III.

9) Meyer: «Zur Perkussion des Brustbeines etc.». Char. Annalen, 1877, p. 379.

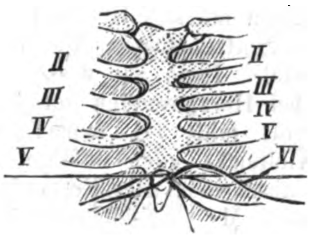
10) Deutsche Med. Woch. 1905, № 50.

11) «Beiträge zur physikal. Untersuchung . . . .» Zeitschr. f. kl. M. 1888, Bd. 14, p. 12.

12) Deutsche med. Woch. 1905, № 21. Ueber die Bestimmung der Lage des Spitzenstosses.

den meisten Fällen, aber lange nicht in allen. Der häufigste Fall einer Inkonstanz ist, dass die 5. Rippe vorne nicht, wie gewöhnlich, annähernd in gleichem Niveau mit der Ansatzstelle des Schwertfortsatzes sich befindet, sondern um einen ganzen Interkostalraum oder Rippenabstand höher, sodass in solch einem Fall die 6. Rippe an ihre Stelle rückt. Das aber findet sich bei Personen von gewöhnlicher Grösse und bei ganz gewöhnlicher Sternallänge, die bei Erwachsenen meist 16—17 Cm. (gemessen vom vorderen, tiefer stehenden Rande der inc. semilunaris sterni) beträgt.

Auffallenden Hochstand der 4., 5. und 6. Rippe beobbachtete ich bisher in folgenden 3 Hauptformen: 1) Normaler Rippenabstand, aber hoher Ansatz der 2. Rippe, sodass weiterhin an Stelle der 2. sich die 3. Rippe befindet u. s. w., 2) Kleinerer Rippenabstand als gewöhnlich, etwa 3 statt 4 Cm., sodass aus diesem Grunde die wahren Rippen alle hinaufrücken und so die 5. an Stelle der 4., die 6. an Stelle der 5. zu liegen kommt; 3) Die 3. und 4. Rippen liegen dicht an einander (Fig. 2 links) infolgedessen Hochstand der 4. Rippe. Die folgende fünfte kann dann entsprechend höher hinaufgerückt sein oder, durch einen ungewöhnlich breiten Interkostalraum von der 4. getrennt, an normaler Stelle liegen; endlich kann, wie in einem jüngst von mir beobachteten Fall, die Variation der Rippenlage nur die eine Brusthälfte betreffen, während sich die andere normal verhält, sodass die 5. Rippe links z. B. in gleicher Höhe mit der 4. rechts u. s. w. liegt (Fig. 2).



Mit der Orientierung des Spitzenstosses oder einer Grenze überhaupt nach einem Interkostalraum ist also noch nicht, wenigstens nicht immer das, worauf es ankommt, nämlich die eigentliche Höhenlage entschieden. Der Spitzenstoss kann im 6. I. R. und doch in gewöhnlicher Höhe, oder im 5. I. R. und doch niedrig oder, der häufigere Fall, dabei abnorm hoch liegen. Und ebenso: die obere Herzgrenze kann sich am unteren Rande der 4. Rippe oder noch niedriger befinden und dennoch abnorm hoch liegen, weil die 4. Rippe sich an der Stelle der 3. Rippe befindet u. s. w.

Es liegt darum das Bedürfniss nach einem anderen, festen Richtpunkte vor. Als ein solcher erscheint die Ansatzstelle des Schwertfortsatzes. Sie ist immer gut zu fühlen, oft auch als kleine Sichel deutlich sichtbar. Zieht man durch sie eine Horizontale, so hat man die geeignetste Richtlinie zur Höhenbestimmung der perkutorischen Herzgrenzen und des Spitzenstosses. Diese Linie, die man als Schwertfortsatzlinie schlechtweg bezeichnen könnte, schneidet die Insertionsstellen des 7. und 6. Rippenknorpels, trifft weiter in der Regel den Knorpel der 5. Rippe in wechselnder Höhe, durchschneidet dann den 5. I. R. und geht endlich in die untere Lungengrenze über (Fig. 1. tt). Ein fühl- oder sichtbarer Spitzenstoss fällt gewöhnlich in diese Linie oder befindet sich, wenn das Herz mehr diagonal gerichtet ist, 2—3 Cm. unter ihr, nur selten bei Erwachsenen, von denen es sich hier allein handelt, höher [13]). In der Regel fällt also diese Richtlinie annähernd in dieselbe Horizontalebene wie die Sternalportion der 5. Rippe und der Beginn des 5. I. R., aber nicht immer, trotz eigener Konstanz, weil eben die Rippen ihre gewöhnliche Lage verändert haben können. Darauf beruht der Vorzug dieser Linie.

Will man aber, aus alter Gewohnheit, bei der früheren Orientierung bleiben, so sollte man wenigstens den etwa abweichenden Rippenstand immer mit berücksichtigen und angeben. Tut man das nicht, so ruft man leicht eine ganz falsche Vorstellung von der eigentlichen Lage des Spitzenstosses und der Herzgrenzen überhaupt hervor. Dasselbe geschieht von den vielen Schematas des Brustskeletts, in denen die 5. Rippe oft, ja gewöhnlich um einen ganzen I. R. zu hoch liegt. Brauchbar hingegen, weil den gewöhnlichen Verhältnissen entsprechend ist das hier benutzte Skelettschema. Noch mehr empfiehlt es sich jedoch den Spitzenstoss sowohl wie die Höhe des Dämpfungsdreieckes nach den Beziehungen zur Medianlinie und zur angegebenen Horizontalen zu bestimmen. Der Medianabstand des Spitzenstosses beträgt bei gesunden Erwachsenen gewöhnlich 8—9—10 Cm., (beim „Coeur a goutte" Erwachsener 5—6 cm.) sein Höhenabstand von der Horizontalen 0—3 Cm. nach unten. Die Höhe des Dämpfungsdreieckes über der angegebenen Horizontalen betrug 2—4 Cm.

Mit diesen Bestimmungen: 1) der Basallinie der gewöhnlichen absoluten Dämpfung und ihrer Variante, 2) der seitlichen Grenzlinien des Dreieckes und 3) seiner Höhe und endlich 4) des Spitzenstosses erscheint die Aufgabe einer Bestimmung der Herzgrösse im gegebenen Falle gelöst. Weiter nach oben gehen dann allerdings die perkutorischen und anatomischen Grenzen die an der Basis noch in vielen Fällen nahezu zusammenfallen [14]), immer mehr auseinander.

Zur Bestimmung der Herzgrösse in der ganzen frontalen Ausdehnung bedarf es darum einer anderen, der sogenannten Tiefenperkussion, vermöge derer man ein getreues Abbild der vorderen Herzfläche und des Gefässtruncus gewinnt. Gleichwohl dürfte die bisher übliche Methode der Herzgrössenbestimmung aus der Praxis kaum verdrängt werden, da auch sie brauchbare Daten giebt und die subjektive Täuschungsgefahr bei ihr eine geringere zu sein scheint.

II.

Ueber Dämpfungen der Herzgegend bei mediastinaler Lipomatose.

Bei gesunden, kräftigen Personen beiderlei Geschlechts findet man, gerade in den mittleren Lebensjahren, nicht selten ausgedehnte, die eigentliche Herzdämpfung nach rechts oder links oder auch beiderseits überschreitende Dämpfungen.

In anderen Fällen erstreckt sich diese Dämpfung aber auch nach oben, dem Sternum folgend, bis zu seiner oberen Inzisur und überschreitet häufig die Sternalränder beiderseits oder auch einseitig und dann meist linksseitig. Der Spitzenstoss sowie jede Erschütterung der Herzgegend pflegt in diesen Fällen zu fehlen.

Diese besonders der Privatpraxis angehörenden Fälle auffallender Dämpfungen der Herzgegend werden dennoch erfahrungsgemäss wenig beachtet, vermutlich, weil bei dem guten Gesundheitszustande der Untersuchten ein Herzleiden, das diesen Dämpfungen zu Grunde liegen könnte, von vornherein ausgeschlossen erscheint. Man verhält sich darum praktischerweise zu den Dämpfungen so, als wären sie gar nicht vorhanden. Sie sind aber doch da und müssen einen Grund haben. Welches

[13]) Von den Untersuchten wurde stets die sitzende Haltung eingenommen.

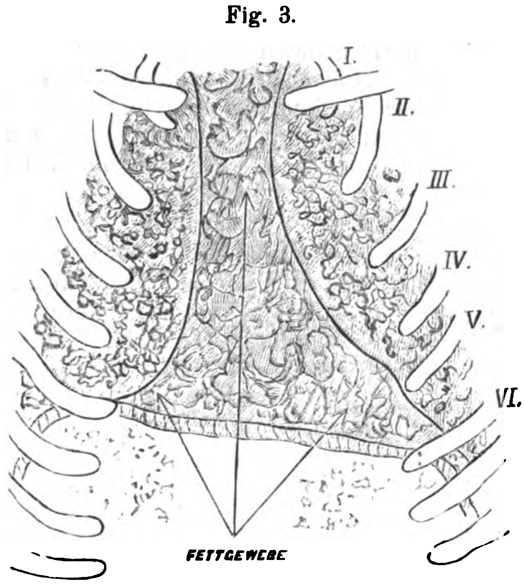
[14]) Oestreich u. de la Camp, l. c. p. 101.

ist nun der Grund? Herzerweiterung? Und, wenn dieses nicht, was sonst?

Ich[15]) habe vor mehreren Jahren an der Hand zweier Sektionsfälle und gestützt auf mein. Konsultationsmaterial die gegenwärtig auch von Romberg[16]) vertretene Auffassung zu begründen gesucht, dass mediastinale Fettanhäufungen die Ursache dieser gerade in den mittleren Lebensjahren oft auftretenden Dämpfungen sind und glaube bis zur Gegenwart eine Bestätigung dieser Auffassung immer wieder erfahren zu haben. In der Regel handelt es sich dabei um Personen mit stark entwickeltem Panniculus adiposus, dennoch konnte ich schon damals konstatieren, dass kein durchgängiger Parallelismus zwischen allgemeiner und örtlicher Lipomatose besteht[17]), was neuerdings auch de la Camp[18]) bestätigt. Bei fettreichen Personen kann das Mediastinum in Bezug auf seinen Fettgehalt von ganz gewöhnlicher Beschaffenheit, d. h. also fettarm sein. Des umgekehrten Verhältnisses erinnere ich mich hingegen nicht.

Jedenfalls kommt es zu solchen den Herzflächen und dem Gefässtruncus angelagerten, die vorderen und unteren Lungenränder oft überlagernden, einhüllenden oder zurückdrängenden Fettansammlungen im Mediastinum, wie in beistehender aus meiner damaligen Arbeit reproduzierten Figur (Fig. 3), von denen mit grosser Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass sie die gesuchte Ursache der uns hier beschäftigenden Dämpfungen in der Herzgegend sind.

Fig. 3.



Die also entstandenen Dämpfungen der mittleren thorakalen Region haben nun die grösste Aehnlichkeit mit den bei verschiedensten Herzaffektionen vorkommenden eigentlichen «Herzdämpfungen», wie bei myogener Herzdilatation und -hypertrophie, bei Klappenfehlern im Stadium der Kompensationsstörung, bei Aneurysmen, perikardialen Exsudaten etc. (Taf. I und II) dennoch ist den meisten dieser Erkrankungen gegenüber die differentielle Diagnose in der Regel leicht. Die auskultatorischen Zeichen, das Verhalten des bei Klappenfehlern und Herzhypertrophie fast stets anzutreffenden Spitzenstosses sichern die Diagnose. Von den perikardialen Exsudaten, wobei Spitzenstoss und Geräusche fehlen können, unterscheidet sich die grosse Dämpfungsfigur unserer Fälle durch die nach aussen concave Gestaltung ihrer Seitenränder und die Lage des Gipfelpunktes am oberen Sternalende in charakteristischer Weise. (Taf. I, Fig. 2—5 und Taf. II, Fig. 4 und 5) Diagnostische Schwierigkeiten bereitet darum eigentlich nur der eine allerdings recht häufige Fall, in dem es sich um untere seitliche Anlagerung des Fettgewebes an den Herzbeutel handelt. Die hierbei entstehende Dämpfungsfigur (Taf. I. 1.) deckt sich vollständig mit der Dämpfungsfigur bei einfacher Herzdilatation (Taf. II, Fig. 1), sodass es sich hauptsächlich wohl nur um diese differentielle Diagnose handelt. Von praktischer Wichtigkeit erscheint sie in Lebensversicherungs- und Wehrpflichtsfällen. Ich persönlich habe es nur mit letzteren zu tun gehabt und kann wohl versichern, dass man sich da oft in einer schweren Entscheidungslage befindet, so in folgendem Fall aus der letzten Zeit. Es handelte sich um einen jungen kräftigen Mann mit grosser Dämpfungsfigur wie in Taf. I, Fig. 3. In Berücksichtigung der mir bekannten Vorgeschichte des Falles entschied ich mich für Herzdilatation, für die ausser der breiten Dämpfung in der Herzgegend noch der in linker Seitenlage im 5. IR., 15 Cm. nach links von der Medianlinie auftretende Spitzenstoss sprach. Immerhin erschien die Sache zweifelhaft, die grosse Dämpfung war an sich zu auffallend und kontrastierte zu sehr mit dem guten Gesundheitszustande sonst, sodass die Wehrpflichtskommission wohl Recht haben konnte mit ihrer Auffassung von der Diensttauglichkeit des jungen Mannes.

Solcher zweifelhafter, diskutabler Fälle giebt es viele. Man muss auch, glaube ich, zugeben, dass eine ganz sichere Entscheidung auf Grund des perkutorischen Befundes allein kaum möglich ist und selbst die Berücksichtigung des Spitzenstosses die Frage nicht ausser jeden Zweifel stellt. Denn wir wissen, dass der Spitzenstoss ja auch bei Herzgesunden gerade in den mittleren Lebensjahren oft fehlt (Hampeln[19]), Guleke[20]), Moritz[21]), vielleicht auch infolge kleiner seitlicher, den Herzstoss abschwächender Fettauflagerungen, wie in dem instruktiven Meyer'schen Falle[22]). Darin liegt jedenfalls eine Erschwerung der Diagnose. Es läge darum nahe, sich zur Entscheidung in diesen Fällen der Radioskopie zu bedienen, doch waren die Personen meiner Praxis bisher dazu nicht zu bewegen. Das letzte Wort über die Bedeutung dieser Dämpfungen hätte ja auch die Anatomie zu sprechen. Fälle dieser Art gehen aber selten den Kliniken und kommunalen Krankenhäusern zu. Sie gehören, wenigstens bei uns, in ihrer überwiegenden Mehrzahl der Privatpraxis an, in der mit Sektionen doch nur ausnahmsweise gerechnet werden kann. Am ehesten konnte darum weiterer Aufschluss in dieser Angelegenheit von gerichtlichen und polizeilichen Sektionen erwartet werden. Untersuchungen in dieser Richtung wurden von einem mir befreundeten Polizeiarzt damals begonnen, konnten aber leider nicht abgeschlossen werden. So bleibt denn das Urteil über die Fettansammlung im Mediastinum als Ursache der hier beschriebenen Dämpfungen ein freilich hypothetisches, aber doch in klinischer Beobachtung und Erfahrung gut begründetes. In 2 Fällen meiner Praxis lag ja auch ein diese Auffassung bestätigender pathologisch-anatomischer Befund vor. (l. c. p. 25 u. f.).

Dass auch kardiale Lipomatose, epikardiale Fettansammlungen, von denen Kisch[23]) ein eclatantes Bei-

[15]) Hampeln: «Chronische Erkrankungen des Herzmuskels». Stuttgart. Enke. 1892. p. 24—27.

[16]) Romberg: Handbuch der prakt. Med. 1899. Band I. p. 762 und Ebstein: Lehrbuch der Krankheiten des Herzens. 1905. p. 129 und 373.

[17]) l. c. p. 27.

[18]) l. c. 47 und 113.

[19]) l. c. p. 24.

[20]) Das Verhalten des Spitzenstosses bei Gesunden hat Heinrich Guleke auf meine Aufforderung hin untersucht und die m. E. beachtenswerten Ergebnisse seiner Untersuchungen in seiner Dissertation «über die Häufigkeit eines sicht- und fühlbaren Herzspitzenstosses beim Menschen» veröffentlicht. Dorpat. 1892.

[21]) «Die Unters. des Herzens für die Lebensversicherung». Pet. med. Woch. 1900. p. 6.

[22]) Charité — Annalen. 1877. p. 382 und Taf. II, Fig. 2.

[23]) «Das Mastfettherz», Prag, 1903, p. 2.

spiel anführt, schon als solche, Dämpfungen der angegebenen Art, NB. ohne eine Dilatation des Herzens, erzeugen, habe ich selber nicht erfahren. Mehr kommt, wie mir scheint, bei Erklärung dieser Dämpfungen, insbesondere der rechtsseitigen, Hochstand des Zwerchfells und dadurch bewirkte Verbreiterung der Dämpfung in der Herzgegend in Betracht. Hierbei kann das Herz selber stärker an die Thoraxwand gedrängt werden und darum nach allen Richtungen grösser erscheinen. Aber auch ohne Hochstand des Zwerchfells kann, worauf Meyer[24]) hingewiesen hat, die ja hinter dem Herzen liegende und bei oberflächlicher Atmung oft bis zum Niveau des Sternalansatzes der 4. Rippe hinaufreichende Zwerchfellskuppe an der rechten Herzgrenze den Lungenrand hinauf- und zur Seite treten lassen und dadurch eine Verbreitung der Herzdämpfung nach dieser Seite vortäuschen, ein m. A. n. sehr zu beachtendes, nicht seltenes Ereignis.

Endlich sind bekanntlich bei Beurteilung thorakaler Dämpfungen auch ungewöhnliche Krümmungen des Brustkorbes sowie stärkere Unterhautfettlager immer zu berücksichtigen, die nicht nur an sich ungewöhnliche Dämpfungsfiguren hervorrufen, sondern auch zur Verbreiterung intrathorakal bedingter Dämpfungen ein übriges beitragen, sodass ein Rückschluss aus ihnen auf innere Verhältnisse nicht ohne weiteres angeht. (Rosenfeld[25]), Treupel[26]) und Engels[26])). Auf derartige äussere, den Befund fälschende Dämpfungsursachen glaube ich z. B. die ungewöhnlich breite Dämpfungsfigur (Taf. I, Fig. 6) bei einer sehr beleibten aber sonst

24) «Zur Perkussion des Brustbeins etc.», Char. Annalen, 1877, p. 379.

25) «Ueber die Methoden zur Grenzbestimmung des Herzens». Berl. klin. W. 1904, № 2, p. 34.

26) «Orthoperkussion . . », Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 59, p. 152.

trotz ihrer sklerotischen Aortenstenose recht gesunden 71-jährigen Greisin zurückführen zu sollen, während es sich pathologisch-anatomisch der Hauptsache nach wahrscheinlich um extraperikardiale und retrosternale Lipomatose handelt.

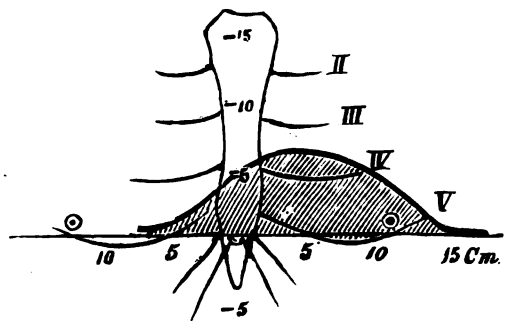
Fehlen aber derartige sichtbare Veränderungen der Brustwand sowie die Merkmale des Zwerchfellhochstandes, alsdann gewinnt die Annahme extraperikardialer. mediastinaler Fettanhäufung als alleiniger Ursache der Dämpfungen der Herzgegend sehr an Wahrscheinlichkeit. Diese Dämpfungen erscheinen in folgenden 3 Hauptfiguren: 1) in der Figur eines breiten oft auch hohen Dreiecks in der Herzgegend (Taf. I, Fig. 1) 2) in der bei Aortenaneurysmen beobachteten und dort ganz zweckmässig sogenannten «Schornsteinform» (Taf. I, Fig. 2—5). 3) in der Form isolierter Dämpfungen des Manubriums (Meyer[27])).

Es giebt also ausser den von der Grösse des Herzens selber abhängenden Dämpfungen, den eigentlichen **Herzdämpfungen** auch noch andere, ihnen sehr ähnliche, aber von der Herzbeschaffenheit unabhängige **Dämpfungen der Herz- und Gefässgegend.** Ihren Hauptentstehungsgrund bilden m. A. n. mediastinale, dem Herzen oder auch dem Gefässtruncus anliegende Fettgewebsmassen, die an und für sich ungefährlich, immerhin differentialdiagnostisch nicht ohne Bedeutung sind. Dennoch scheinen diese eigenartigen Dämpfungen bisher, vielleicht abgesehen von den angegebenen Spezialitäten in der Praxis noch wenig Beachtung gefunden zu haben. Da sie aber und zwar aus den angegebenen Gründen tatsächlich vorkommen, so sollte man mit der Anerkennung ihrer Existenz auch nicht zögern und sie in jedem Beobachtungsfalle mit in Erwägung ziehen.

27) Meyer: l. c. p. 378.

Tafel I.

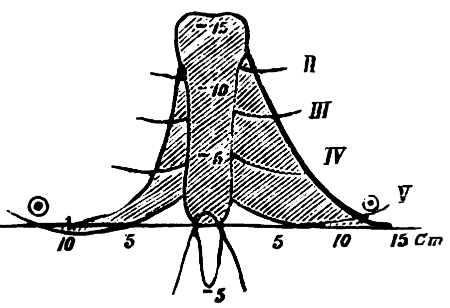
Fig. 1.
Hb. L. 35 J. 166 Cm. L. 100 Kilo.



22:17+3

Lipomatosis universalis
» extrapericardialis lateralis.

Fig. 2. Hb. D. 32 J.

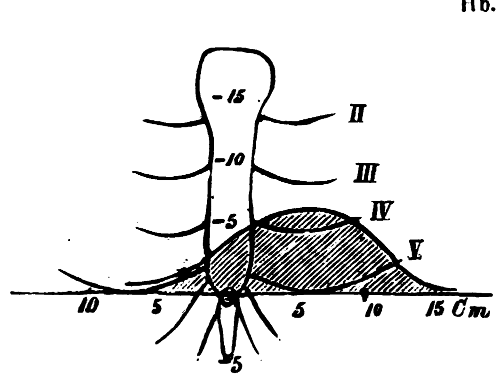


24:16½+5

Lipomatos. universalis
» extraperic. et retrosternalis.

Tafel II.

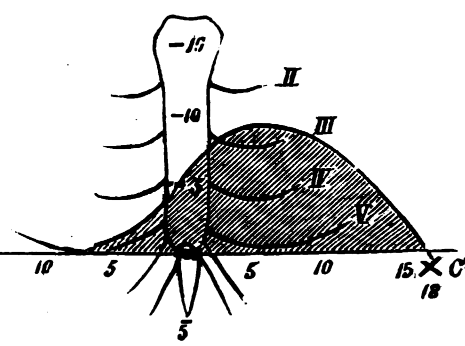
Fig. 1. Hb. St. 40 J.



X:13+5

Cor dilatatum.

Fig. 2. Hb. G. 37 J.



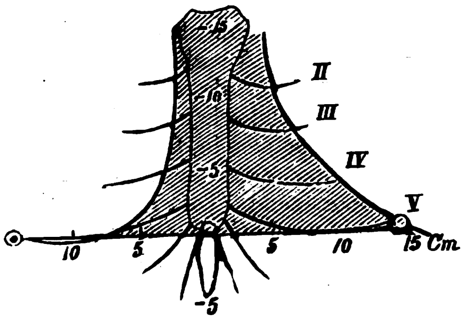
X:17+5

Ins v. mitral. et Aortae, †.

Tafel I.

Fig. 3.

Hb. K. 30 J.

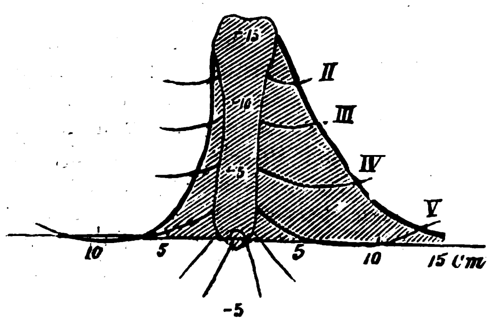


25 : 17+4

dto.

Fig. 4.

Fr. M. 45 J.

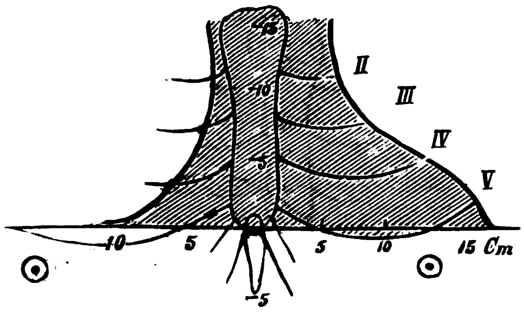


X : 16+X

dto.

Fig. 5.

Hb. R. 56 J.

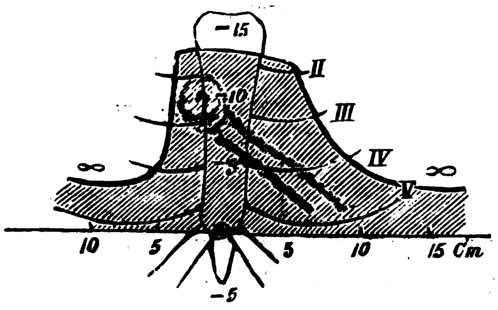


26 : 16+5

dto.

Fig. 6.

Fr. Fr. 71 J

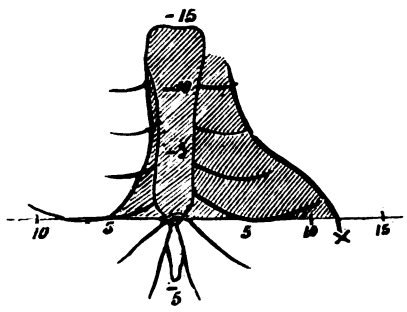


dto
Stenos. ost. aortici,

Tafel II.

Fig. 3.

Fr. W. 34 J.

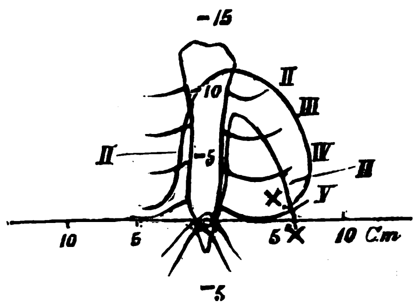


X : 14+4

Ins. v. mitralis et tricuspidalis.

Fig. 4.

G. B. 11 J.

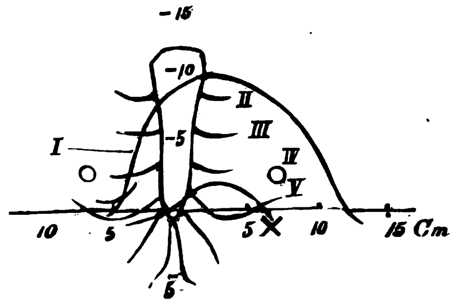


X : 12+2

Pericarditis (nephritica).
humida, post. sanata.

Fig. 5.

Cac. G. 10 J.

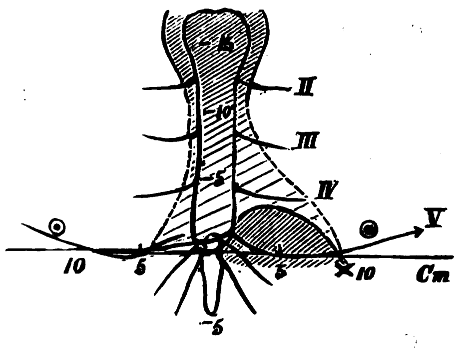


14 : 12+0

Pericarditis (rheumatica)
humida, post. sanata. Ins. mitralis.

Fig. 6.

Hb. F. 35 J.



22 : 17+5

Aneurysma arc. Aortae
Dilat. Aortae.

Protokoll der VII. Jahresgeneralversammlung

der Livländ. Abteilung des St. Petersb. ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe am 21. Aug. 1906 um 4 Uhr Nachmittags zu Wolmar.

Anwesend waren 27 Mitglieder und 12 Gäste, Mitglieder des zur Zeit in Wolmar tagenden Livländischen Aerztetages.

Der Präses, Dr. med. H. Truhart eröffnet die Generalversammlung mit der Mitteilung, dass die erste zum 14. August a. c. in Dorpat angezeigte Generalversammlung wegen zu geringer Beteiligung nicht zu Stande gekommen war, worüber ein Protokoll vorliegt und konstatiert, dass die gegenwärtige Versammlung laut Anmerkung des § 24 des Statutes des Vereines ohne Rücksicht auf die Zahl der anwesenden Mitglieder beschlussfähig ist. Er erinnert an den Verlust, den der Verein im verflossenen Jahre durch den Tod von 3 Mitgliedern, Dr. Katterfeldt-Waldheim, Dr. Blau-Lösern, und Dr. Schneider-Uziany (Gouvern. Kowno) erlitten hat und ehren die Anwesenden das Andenken der Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen. Endlich macht er der Generalversammlung die Mitteilung, dass der Vorstand zu Anfang dieses Jahres zum Besten der durch die revolutionäre Bewegung geschädigten baltischen Aerzte und der Familien einen Unterstützungsfond gegründet hat, aus dessen Mitteln bisher etwa 4000 Rbl. zur Verteilung gelangt sind. Er erwähnt, dass der Vorstand ein liebenswürdiges Angebot Herrn Prof. Schwalbe's-Berlin, unter den Aerzten und ärztlichen Gesellschaften Deutschlands zum Besten der durch die Revolution geschädigten baltischen Aerzte eine Sammlung zu veranstalten, für's Erste mit herzlichstem Danke abgelehnt hat, weil der Vorstand erstens damals noch nicht den Umfang der Not übersehen konnte, und weil er es zweitens versuchen wollte im Lande selbst und vornehmlich unter den heimatlichen Kollegen der Geschädigten die zur Linderung des Notstandes erforderlichen Mittel aufzubringen. Zu diesem Zwecke setzte sich der Vorstand mit allen ärztlichen Gesellschaften unserer Provinzen, mit der Redaktion der St. Petersb. Medizin. Wochenschrift und den baltischen Notstandskomitees in Verbindung und erhielt zum Teil von den Vertrauensärzten des Vereines, zum Teil von den Geschädigten persönlich die nötigen Daten über den Notstand.

Nachdem der Präses allen denen, die bei diesem Werke der Kollegialität und Nächstenliebe mitgeholfen haben, den wärmsten Dank des Vorstandes ausgesprochen, geht er zur Tagesordnung über.

P. 1. Die Generalversammlung verzichtet auf die Verlesung des Protokolles der VI. Jahresgeneralversammlung zu Arensburg, da dasselbe in der St. Petersb. Medizin. Wochenschrift veröffentlicht und ausserdem einem jeden Mitgliede gedruckt zugestellt worden ist.

P. 2. Der II. Sekretär Dr. K. Pfaff giebt den Bericht über die Aenderungen im Bestande des Vereines und über die Tätigkeit des Vorstandes im verflossenen Jahre.

Die Anzahl der Mitglieder des Vereines betrug im verflossenen Jahre 237 gegen 232 im Jahre vorher. Diese Zunahme der Anzahl der Mitglieder im verflossenen Jahre ist jedoch leider nur eine scheinbare und findet ihre Erklärung in dem Beschlusse des Vorstandes, im Laufe des betreffenden Jahres Niemand seines nicht geleisteten Mitgliedsbeitrages wegen aus der Zahl der Mitglieder des Vereines auszuschliessen. Der Vorstand berücksichtigte hierbei einerseits die schwierigen materiellen Verhältnisse, in welche viele Mitglieder durch die revolutionäre Bewegung geraten waren und war andererseits häufig nicht in der Lage den Mitgliedern, welche von ihrem Doktorat hatten flüchten müssen, rechtzeitig ihre Mahnkarten zuzustellen; auch waren viele Mitglieder noch nicht vom Kriegsschauplatze zurückgekehrt. Ihren Mitgliedsbeitrag haben im verflossenen Jahre nur 191 Mitglieder bezahlt.

Die Generalversammlung billigte diese Massnahme des Vorstandes.

Durch den Tod hat der Verein im verflossenen Jahre, wie schon erwähnt 3 Mitglieder verloren und zwar Dr. Katterfeldt-Waldheim, der bekanntlich während der revolutionären Bewegung in seinem Doktorate ermordet wurde, Dr. Blau-Eckhof und Dr. Eduard Schneider (Uziany, Gouv. Kowno), welch' letztere am Typhus verstorben sind.

Seinen Austritt angemeldet hat Dr. von Brackel-Mitau. Neueingetreten sind 9 Mitglieder: Dr. Albert Werth-Frauenburg, Dr. Kundsin-Alt-Pebalg, Dr. F. von Berg-Riga, Dr. Biehler-Bauske, Dr. Keilmann-Riga, Dr. Oskar Hoerschelmann-Gouvern. Moskau, Dr. W. von Grot-Libau, Dr. Hellmuth Ackermann-Dorpat und Dr. Alexander Lane-Rujen.

Von diesen 237 Mitgliedern sind in Livland — auf dem flachen Lande und in den kleinen Städten — 110 (gegen 108 im Jahre vorher) wohnhaft, in Riga — 32 (gegen 30 im Jahre vorher) in Kurland — 67 (gegen 66 im Jahre vorher) in Estland — 2 (gegen 2 im Jahre vorher) im Inneren des Reiches — 10 (gegen 10 im Jahre vorher).

Der auf der letzten Generalversammlung in seinem vollen Bestande wiedergewählte Vorstand behielt die bisherige Verteilung der Aemter des Vorstandes bei, und möchte ich noch ausdrücklich betonen, dass Dr. August Lezius-Dorpat, Breit-Str. Nr. 15 der Kassaführer des Vereines ist, an den ausschliesslich die Mitgliedsbeiträge und alle übrigen Zahlungen zu senden sind.

Im Bestande der Vertrauensmänner sind im verflossenen Jahre keine Veränderungen eingetreten.

Im verflossenen Jahre ist der Vorstand 11 Mal (gegen 6 Mal im Jahre vorher) zu offiziellen Sitzungen zusammengetreten.

Das Ehrengericht des Vereins hat im Laufe dieses Jahres keine Veranlassung gehabt zusammenzutreten.

Unterstützungen sind im verflossenen Jahre aus den Mitteln der Vereinskasse vom Vorstande 2 Mal verabfolgt worden und zwar das eine Mal 500 Rbl. einem Mitgliede des Vereines zum Zwecke der Wiederherstellung seiner Gesundheit, das andere Mal 250 Rbl. der Wittwe Dr. Schneider's-Uziany (Gouv. Kowno), welcher am Typhus verstorben war und seine Frau mit 4 kleinen Kindern gänzlich mittellos hinterlassen hatte. In beiden Fällen entschied sich der Vorstand der Dringlichkeit wegen einstimmig dafür, die Unterstützung von sich aus, schon vor der Generalversammlung zu bewilligen.

Nachdem der Präses die Fortlassung des Namens im ersteren Falle motiviert hatte, bat er im Namen des Vorstandes die Generalversammlung um Indemnität und wurde eine solche ihm von der Generalversammlung erteilt.

Ein drittes Gesuch der Wittwe des am Typhus verstorbenen Mitgliedes Dr. Blau-Eckhof um eine Unterstützung wird vom Vorstande in einem der folgenden Punkte der Tagesordnung der Generalversammlung zur Begutachtung vorgelegt werden.

Anleihen sind im verflossenen Jahre bei der Vereinskasse nicht gemacht worden, nur hat der Vorstand die im Jahre vorher gemachte Anleihe eines Mitgliedes im Betrage von 400 Rbl. mitsammt den fälligen Zinsen prolongiert, weil der Betreffende durch die revolutionäre Bewegung in materielle Schwierigkeiten geraten war.

Wie Ihnen, meine Herren aus dem Protokolle der letzten Generalversammlung vielleicht erinnerlich sein wird, hatte sich ein Kollege, der beim Bezirksgericht auf § 286 und 286 I des Strafgesetzbuches verklagt worden war, an den Vorstand gewandt, und war ihm von letzterem auch Beistand zugesichert worden, nur sollte er dem Vorstande vorher das genaue Material zusenden. 1½ Jahre später erhielt nun der Vorstand unlängst von dem betreffenden Kollegen ein Schreiben, in welchem er seine damalige Affaire beschreibt und mitteilt, er wäre vom Bezirksgerichte wegen Beleidigung eines Beamten zu 20 Rbl. Pön verurteilt worden. Zum Schlusse giebt er die Höhe seiner dabei gehabten Ausgaben an und macht dem Vorstande, falls letzterer die Kosten übernehmen wolle, den Vorschlag, die Summe zurückzubehalten und ihn dafür von der Zahlung weiterer Mitgliedsbeiträge für immer zu befreien. Der Vorstand lehnte diesen Vorschlag ab, einerseits weil ihm das erforderliche Material nicht eingeschickt worden war und er infolge dessen die juristische Vertretung garnicht übernehmen konnte und andererseits weil der betreffende Kollege seinen Mitgliedsbeitrag für das laufende Jahr nicht bezahlt hatte, mithin also garnicht mehr Mitglied des Vereines war.

In einem anderen Falle bat ein Mitglied des Vereines, Dr. Goeschel-Alt-Autz, dem eine Gemeinde die Zahlung des ihm laut Abmachung zukommenden ärztlichen Honorars verweigerte, den Vorstand um juristischen Beistand. Der Vorstand riet dem betreffenden Kollegen sich auf Kosten des Vereines an einen ortsansässigen Advokaten zu wenden, doch hat er bis heute hierauf leider noch keine Antwort erhalten.

In einigen weiteren Fällen konnte der Vorstand Mitgliedern, die sich in persönlichen Angelegenheiten an ihn wandten, Rat erteilen.

Die eigentliche Arbeit des Vorstandes bestand im verflossenen Jahre, wie Ihnen aus den Mitteilungen unseres Präses bereits bekannt ist, in der Organisation einer Hilfsbereitschaft für die durch die revolutionäre Bewegung in Not und Elend geratenen baltischen Aerzte und deren Familien und wird Ihnen unser Kassaführer Dr. Lezius über die Verwendung der zu diesem Zwecke gesammelten Summen Rechenschaft ablegen.

Ich möchte Sie, meine Herren wie alljährlich, so auch dieses Mal darauf aufmerksam machen, dass die Protokolle der Vorstandssitzungen den Mitgliedern bei mir auf Wunsch zur Einsicht ausliegen.

Die Generalversammlung genehmigt den Rechenschaftsbericht pro 1905/1906.

(Schluss folgt.)

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Am 10. Oktober n. St. beging der angesehene Berliner Chirurg und ordentliche Honorarprofessor an der Universität Dr. Edmund Rose seinen 70. Geburtstag. In Berlin geboren, begann er an der dortigen Universität 1865 seine Lehrtätigkeit als Privatdozent, war dann Professor der Chirurgie in Zürich und wurde 1880 als Nachfolger seines Lehrers Prof. Wilms zur Leitung der chirurgischen Station am Krankenhause Bethanien in Berlin berufen, wo er zugleich als Honorarprofessor an der Universität tätig ist. Publizistisch ist Prof. Rose vielfach namentlich auf dem Gebiete der Chirurgie hervorgetreten.

— Zum Chef der Verbandabteilung der Fabrik für militär-medizinische Präparate ist der bisherige Oberarzt des Charkower Militärhospitals Dr. Uljanowski ernannt worden.

— In dem Mineralbade Sslawjansk hat am Schluss der Kursaison eine Ehrung des Direktors dieses Bades, Prof. S. J. Zaleski, seitens der Aerzte, Repräsentanten der Kommunalverwaltung und der Intelligenz der Einwohner des Kurorts stattgefunden. Es ist beschlossen worden, zum Dank für seine Bemühungen um die Hebung und die Wohleinrichtung des Mineralbades Slawjansk bei diesem aus privaten Mitteln ein klinisches Institut für Stoffwechselkrankheiten zu errichten und Prof. Zaleski zum Direktor dieses Instituts zu ernennen.

— Der bekannte Syphilidologe Prof. Dr. Neisser in Breslau begiebt sich im November zum zweiten Male nach Batavia zur Fortsetzung seiner experimentellen Versuche über Syphilis. Für diese neue Expedition ist vom Deutschen Reiche eine Subvention ausgesetzt worden, während Prof. Neisser bisher seine sämtlichen in Breslau begonnenen und in Batavia fortgesetzten Arbeiten auf eigene Kosten durchgeführt hatte. Die neue Forschungsreise verfolgt unter anderem den Zweck, womöglich eine Schutzimpfungsmethode gegen Syphilis und ein ätiologisches Heilverfahren zu finden.

— Prof. Dr. Bier (Berlin), der bekanntlich mit Prof. v. Bergmann zur Behandlung des türkischen Sultans und seiner Tochter nach Konstantinopel berufen wurde, ist seitens des Sultans eine besondere Auszeichnung zuteil geworden. Da Prof. Bier's Aufenthalt in Konstantinopel bis Mitte November festgesetzt ist, so hat der Sultan durch seinen Gesandten in Berlin die Gattin und Kinder des Professors eingeladen als seine Gäste nach Konstantinopel zu kommen, wo im Hotel «Perapalace» auf Befehl des Padischah Appartements für sie bereitgestellt sind.

— Der ausseretatmässige ältere Medizinalbeamte beim früheren Medizinaldepartement Dr. Tietzner ist verabschiedet worden.

— Der Arzt für bes. Aufträge bei der Zivil-Medizinalverwaltung des Kaukasus Dr. Barthold ist auf sein Ansuchen auf den Posten eines jüngeren Arztes an der zentralen Marineärztlichen Beobachtungsstation in Baku übergeführt worden, an Stelle des auf seine Bitte verabschiedeten Dr. Weinschall.

— Zum Nachfolger des Dr. Barthold auf dem Posten des Arztes für bes. Aufträge bei der kaukasischen Zivil-Medizinalverwaltung ist Dr. Kirschenblatt ernannt worden.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 26. September im hiesigen klinischen Militärhospital der emeritierte Professor der pathologischen Anatomie an der militär-medizinischen Akademie Dr. Konstantin Winogradow im 60. Lebensjahre an Apoplexie. Der Hingeschiedene stammte aus einer Priesterfamilie und hatte seine medizinische Ausbildung an der mediko-chirurgischen Akademie erhalten, die er 1870 mit dem Arztgrade absolvierte, um sich dann ganz der Pathologie zu widmen. Nach der Rückkehr vom russisch-türkischen Kriege, an welchem er als Arzt teilnahm, wurde er als Prosektor der Klinik Wylie zukommandiert und erhielt zu Anfang der 90. Jahre die Professur der pathologischen Anatomie an der militär-medizinischen Akademie, welche er bis zur Ausdienung der gesetzlichen Dienstzeit innehatte. In den letzten Jahren fungierte er noch als Mitglied der staatlichen Prüfungskommission und Prosektor am städtischen Kinderhospital. Bekannt sind besonders seine Arbeiten über Einbalsamierung von Leichen und über pathologisch-anatomische Leichenöffnungen, die auch in andere Sprachen übersetzt worden sind. 2) Am 17. September in Sarapul der frühere Arzt der transkaukasischen Eisenbahn Dr. Alexander Pawlowski im Alter von 60 Jahren nach mehr als 30-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 3) In Serpuchow am 14. September der ältere Arzt des örtlichen Militärhospitals Dr. Gregor Karpow im 50. Lebensjahre. Während seiner mehr als 25-jährigen praktischen Tätigkeit erfreute sich der Verstorbene sowohl in seinem amtlichen Wirkungskreise als auch in seiner ausgebreiteten Privatpraxis allgemeiner Liebe und Hochachtung. 4) In Moskau der Ordinator am 2. Stadthospital Dr. Simon Iljinski im 51. Lebensjahre. Die Venia practicandi hatte der Verstorbene i. J. 1878 erlangt. 5) In Odessa am 14. September die Aerztin Eugenie Kinsberg im 52. Lebensjahre. Die Verstorbene, welche seit 1881 praktizierte, fungierte in der letzten Zeit als Ordinator am jüdischen Hospital in Odessa. 6) In Wien der in weiten Kreisen bekannte Karlsbader Badearzt Dr. E. Hertzka de Tepla aus Budapest infolge einer Operation. Die ärztliche Praxis hat er mehr als 30 Jahre ausgeübt. 7) In Groningen der Professor der Hygiene und Bakteriologie an der dortigen Universität Dr. A. Fokker im Alter von 66 Jahren.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Wie die Tagesblätter erfahren haben, giebt der Chef der militär-medizinischen Akademie, Prof. Danilewski, diesen Posten auf.

— Der Privatdozent der militär-medizinischen Akademie Dr. Hagentorn ist nach Prüfung seiner wissenschaftlichen Arbeiten und nach einer Probevorlesung von dem Professorenkonseil des weiblichen medizinischen Instituts als Privatdozent für klinische Chirurgie an dem genannten Institut zugelassen worden.

— Die Vorlesungen über therapeutische Hospitalklinik an der Odessaer Universität sind bis zur Besetzung des betreffenden Lehrstuhls dem Professor der klinischen Diagnostik Dr. Walther übertragen worden.

— In die Zahl der Medizinstudierenden sind zu Beginn des Wintersemesters aufgenommen worden: An der Moskauer Universität 168, an der Tomsker Universität 103 und an der Odessaer 79 Personen. An der Kiewer Universität hat wegen Ueberfüllung keine Neuaufnahme in die medizinische Fakultät stattgefunden.

— Die Examina in der medizinischen Prüfungskommission haben an der Odessaer Universität am 20. September begonnen. Die Zahl der Examinanden beträgt 31.

In der militär-medizinischen Akademie unterziehen sich gegenwärtig nur 15 Personen den Prüfungen zur Erlangung des Arztgrades.

— Im weiblichen medizinischen Institut begannen am 2. Oktober die Examina zur Erlangung des Grades einer Aerztin. Anmeldungen zum Examen waren von 240 Hörerinnen eingelaufen.

— An der Berliner Universität hat am 15. Oktober n. St. der Rektoratswechsel stattgefunden. Als Rektor wird in dem laufenden Studienjahr der Professor der Theologie D. Kaftan und als Dekan der medizinischen Fakultät Prof. Dr. Heubner (Pädiater) fungieren. In dem Rückblick auf das abgelaufene Studienjahr hob der scheidende Rektor hervor, dass der Fleiss und das sittliche Verhalten der mehr als 7000 Studierenden volle Anerkennung verdiene. Nur ein einziger Student wurde wegen Vergehens von der Universität verwiesen, zwei andere erhielten einen Verweis. Zum Schluss erwähnte der scheidende Rektor, dass aus der Stiftung der Gräfin Bose für Mediziner 25,900 Mark an Stipendien vergeben worden seien.

Standesangelegenheiten.

— Die St. Petersburger städtische Hospitalkommission hat, wie der «Her.» berichtet, nach einer nochmaligen Untersuchung der Unruhen im Alafusow-hospital ihre ursprüngliche Entscheidung aufgegeben, dass der Oberarzt dieses Hospitals die Schuld an den Unruhen trage, und beschlossen, für die Hospitalaufseher einen gewissen Zensus einzuführen, da die Aufseher sowohl im Alafusowhospital als auch in den anderen städtischen Hospitälern meist die Ursache der Zwietracht sind.

— Wie der «Rjetsch» aus Odessa telegraphiert wird, musste der Redakteur des inhibierten Organs der professionellen Verbände, Dr. Kirilow, Odessa binnen 24 Stunden verlassen.

(«R. Wr.»).

— Wie dem «R. Wratsch» mitgeteilt wird, ist die Aerztin des Landschaftshospitals in Slobodskoi (Gouv. Wjatka) N. Gubina auf Anordnung des Wjatkaschen Gouverneurs aus dem Dienst entlassen und aus den Grenzen des Gouvernements ausgewiesen worden.

— Verletzung durch Röntgenstrahlen. In Wien hat vor kurzem der städtische Schlachthausbeamte Haas gegen den Universitätsprofessor Dr. Ed. Lang und den Privatdozenten Dr. Guido Holzknecht einen Prozess angestrengt, weil er bei einer Röntgenkur, der er sich in der Röntgenabteilung des Allgemeinen Krankenhauses zur Heilung von Psoriasis unterzog, eine schwere Verbrennung in der Kreuzgegend erlitten hatte. In erster Instanz wies das Zivillandesgericht nach Vernehmung der Sachverständigen Prof. Haberda, Dr. Richter und des Assistenten der Berliner Universitätsklinik für Lichtbehandlung Dr. H. Schmidt die Klage gegen Prof. Lang ab, verurteilte aber Dr. Holzknecht zu 35,232 Kronen (=ca. 14,000 R.) Schadenersatz. Gegen dieses Urteil haben sowohl Haas als Dr. Holzknecht die Berufung angemeldet.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Die 78. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte hat in diesem Jahre unter ausserordentlicher Beteiligung von Gelehrten aus Deutschland, Oesterreich, der Schweiz, Frankreich, Russland und auch aus Amerika in Stuttgart getagt. Die Teilnehmerzahl belief sich auf fast 8000. Den Vorsitz führte der Zoologe Prof. Chun aus Leipzig. Zur Eröffnung war auch der König von Würtemberg erschienen; — es ist das erste Mal, dass ein regierender Fürst der Versammlung der Naturforscher beigewohnt hat. Unter den Eröffnungsreden ragt besonders die des Obermedizinalrats Dr. v. Burckhardt hervor, der die Versammlung im Namen der Naturforscher und Aerzte Schwabens bewillkommnete. Er erinnerte daran, dass die Naturwissenschaftler, als die Gesellschaft vor 72 Jahren bereits einmal in Stuttgart tagte, im Nebenamt noch für die politische Einheit Deutschlands eintraten. Heute seien die Aufgaben der Gesellschaft ganz andere geworden und auch auf dem Gebiete der Naturwissenschaften sei eine Arbeitsteilung eingetreten. Es haben sich im Laufe der Zeit eine Reihe von Sondertagungen herausgebildet, jedoch ihre Zusammengehörigkeit wurde durch die alljährliche Haupttagung gewahrt.

Leider scheint die Arbeitsteilung namentlich in der medizinischen Wissenschaft schon das nötige Mass zu überschreiten denn auf dieser letzten Versammlung in Stuttgart haben wieder zwei Abspaltungen stattgefunden. Es hat sich dort eine «Deutsche Gesellschaft für Urologie» und eine «Gesellschaft deutscher Nervenärzte» gebildet. Die Urologen lösen sich von der Chirurgie und der Dermatologie ab und wollen alle 2 Jahre einen eigenen Kongress abhalten.

Vorläufig, meint mit Recht die «Deutsche Medizinalzeitung», wird zu viel gesondert, der Zusammenhang zersplittert, die allgemeine Uebersicht geschädigt. Eine Reaktion muss früher oder später eintreten.

Zum nächsten Versammlungsort ist Dresden gewählt worden.

Bf.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 17. Okt. 1906.

Tagesordnung:

I. Küttner, Kasuistik: 1. Zwei Fälle von Pubiotomie.
2. Ein Fall von Atresia hymenalis, Hämatocolpos —metra — salpinx.

II. v. Wahl, Ueber Fehlerquellen bei Gonokokkenuntersuchungen.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 23. Okt. 1906.

Tagesordnung: Kernig: Ueber die Flexionskontraktur im Knie bei Meningitis.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. **R. Wanach** in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 41 St. Petersburg, den 14. (27. Oktober). **1906.**

Dieser № liegt № 9 der «Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften» bei.

Ueber die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die innere Medizin.

(Vortrag im Evangelischen Hospital im deutschen Aerzte-Verein am 2. Oktober 1906).

Von

Dr. med. W. Vierhuff,

Moskau.

Meine Herren! Ehe ich Ihnen unser neu ausgestattetes Röntgenlaboratorium vorführe, gestatten Sie mir einige Bemerkungen über die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die innere Medizin inbezug auf Diagnostik und Therapie. Da unser Institut erst vor einigen Monaten eröffnet worden ist, kann ich Ihnen nur einen Teil der in Betracht kommenden Aufnahmen demonstrieren und werde daher über den heutigen Stand der angeregten Frage auf Grund der umfangreichen Literatur und der von uns im Dr. Immelmann'schen Institut zu Berlin gewonnenen Beobachtungen referieren. Ich schicke voraus, dass ich im Wesentlichen sichergestellte Tatsachen mitteilen will, hypothetisches jedoch nur soweit, als es der Nachprüfung wert erscheint.

Der Grund dafür, dass das Röntgenverfahren sich in der inneren Medizin erst spät einbürgerte — im Gegensatz zur Chirurgie, wo es bald nach der Entdeckung der X-Strahlen Triumphe erlebte — liegt hauptsächlich in dem der Durchleuchtung schwieriger zugänglichen Material und wohl auch in der Anwendung mangelhafter Apparate. Schon Grunmach [1]) empfahl möglichst grosse Induktoren von 50—60 cm. Funkenlänge in Verbindung mit schnell rotierenden Unterbrechern und besten Röntgenröhren, auf deren Vervollkommnung im Laufe der Jahre behufs Gewinnung möglichst kontrastreicher Bilder hingearbeitet wurde. Nächst dem hat der von Wehnelt eingeführte elektrolytische Unterbrecher mit der Wolterschaltung sowie die Kompressionsblende von Albers-Schönberg wesentlich zur Verbesserung des Instrumentariums und zur Gewinnung schönerer Resultate beigetragen.

Am längsten geübt und am besten bekannt ist die Aktinoskopie und Aktinographie der Brustorgane. Während jene den Vorzug verdient, wo Bewegungsphaenomene den Hauptgegenstand der Untersuchung bilden — so bei Erkrankungen des Zirkulationsapparates und der Verdauungsorgane — findet diese ihre erfolgreichste Verwendung bei Erkrankungen der Lungen.

Ueber die Lage und Grösse des Herzens können wir uns den besten Aufschluss auf dem Fluoreszenzschirm holen.

Wenn auch schon das gewöhnliche Aktinogramm auf die wirkliche Herzgrösse schliessen lässt, vorausgesetzt, dass die Aufnahmen im richtigen Abstand von der Röhre gemacht werden, so entspricht doch das so gewonnene Schattenbild des Herzens nicht genau den Herzgrenzen selbst, da bekanntlich die X-Strahlen divergieren und dadurch die Schattenfigur grösser als den zu projizierenden Gegenstand erscheinen lassen (Grunmach)

Eine wirklich exakte Methode zur Grenzenbestimmung des Herzens bietet jedoch die Aktinoskopie erst bei Anwendung der Parallel- statt der Zentralprojektion und zwar mit Hülfe solcher Vorrichtungen, bei denen die Röntgenröhre mit dem Zeichenstift starr verbunden ist, und bei Verschiebung desselben die Röhre stets um das gleiche Stück verschoben wird. Auf diese Weise kann man gewissermassen den zu messenden Gegenstand mit ein- und demselben Strahl, der als Tangente an das zu projizierende Objekt stets parallel zu sich selbst bewegt wird, umtasten, während der an seinem Endpunkt gelegene Zeichenstift durch den Fluoreszenzschirm auf die Körperoberfläche oder auf Papier eine den Grenzen des zu messenden Gegenstandes entsprechende Silhouette zeichnet. Genau ausgearbeitet wurde die Orthoröntgenographie von Prof. Moritz [2]) und nach seinen

[1]) Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. 2. Jahrgang.

[2]) Verhandlungen des XIX. Kongresses f. innere Medizin.

Angaben genau nach bestimmten optischen Gesetzen der Orthodiagraph konstruiert. Die Methode ist dann noch weiter ausgebaut worden und verweise ich auf die Arbeiten von Levy-Dorn, Karfunkel, de la Camp u. A. Dieses ist im Augenblick die exakteste Methode zur Messung der Herzgrösse und auch der Aortenaneurysmen. Am nächsten kommt ihr, wie zahlreiche Untersuchungen ergeben haben, die Perkussion der relativen Herzdämpfung, ohne sie jedoch an Zuverlässigkeit zu erreichen (Grunmach), während die absolute Herzdämpfung nur den der Brustwand anliegenden Teil des Herzens wiedergiebt und somit von der wahren Herzgrösse am weitesten abweicht.

Die Herzverlagerungen, die zweifelhafte Dextrocardia congenita ohne Transposition der übrigen Organe lassen sich von den erworbenen Herzverschiebungen nach rechts durch Erkrankungen der Lungen und Pleura sowie von den gewöhnlichen Fällen der Dextrocardia congenita mit situs viscerum inversus unterscheiden. Die Diagnose der kongenitalen Herzfehler lässt sich zuweilen erst mittelst der Aktinoskopie sicherstellen, so bei einzelnen Fällen von Offenbleiben des Ductus arter. Botalli. Dabei zeigt sich dem Herzschatten unmittelbar angrenzend links oben im II. Interkostalraum ein kleines, stark pulsierendes, der erweiterten Art. pulmonalis entsprechendes Schattenbild, sowie an dem rechten Kontur des Herzschattens zwischen dem II. und III. Interkostalraum eine von oben nach unten sich hinziehende stark pulsierende und zwar der erweiterten Vena cava sup. sowie dem dilatierten rechten Vorhof entsprechende Schattenfigur. Ferner ergab die Beobachtung der Herztätigkeit auf dem Fluoreszenzschirm, dass mit der Ventrikelsystole der zentrale Herzschatten abblasste, während der links aufsitzende Pulmonalschatten dunkler und grösser wurde, dass dagegen während der Diastole der letztere sich aufhellte und zugleich damit sich der zentrale Herzschatten verdunkelte. Aber auch auf Septumdefekte bei angeborener Pulmonalstenose konnte man aus den eigentümlichen stark transversalen Bewegungen des Herzschattens schliessen, weil solche Bewegungen bei intaktem Septum im Schattenbilde nicht beobachtet wurden [3]). Von diagnostischem Werte erwiesen sich dann weiter bei bestimmten Herzklappenfehlern ausser den durch Dilatation einzelner Herzabschnitte bedingten Vergrösserungen der Schattenbilder zunächst bei der Trikuspidalinsuffizienz die mit der Ventrikelsystole stark hervortretende Pulsation des rechten Atriumschattens, ferner bei der Mitralinsuffizienz das auffallend lebhafte systolische Pulsieren des linken Vorhofschattens, endlich bei der Insuffizienz der Aortenklappen die im I. Interkostalraum links aussen sichtbare systolische Anschwellung des Arcusschattens. Auch die Pericarditis exsudativa verrät sich durch die typische Dreiecksform im Röntgenbilde *).

Von grosser Bedeutung ist die Aktinoskopie für die Diagnose der Aneurysmen und Erkrankungen der grossen Gefässe, insbesondere der Aorta. Es ist bekannt, dass die Diagnose auf Aneurysma oft mittels der X-Strahlen gestellt wurde, wo die alten physikalischen Methoden versagten. Von den Mediastinaltumoren und anderen intrathoracalen Neubildungen kann man die Aneurysmen der Aorta dadurch auf dem Fluoreszenzschirm unterscheiden, dass dieselben bei der Durchstrahlung in verschiedenen Brustdurchmessern abnorm vergrösserte abgerundete, mit scharfen Konturen versehene, nach verschiedenen Richtungen systolisch pulsierende Schattenbilder als Fortsetzung des Herzschattens darstellen. Auch haben Erstere je nach der Durchstrahlungsrichtung eine unregelmässige Form und Ausbreitung und geben eine verschieden starke Schattenbildung je nach der Zusammensetzung und Dicke des Tumors; ihnen fehlen die scharf abgerundeten Konturen (l. c.).

[3]) Grunmach, l. c.
*) l. c.

An den peripheren Gefässen lässt sich die noch nicht palpable Verkalkung darstellen.

Auch für die Erkrankung des Respirationsapparates erwiesen sich die X-Strahlen von hoher diagnostischer Bedeutung. Fremdkörper im Bereich der Luftwege, Enchondrome des Larynx lassen sich leicht nachweisen. Ebenso zuweilen als Ursache von Tracheal- und Bronchostenosen entweder ein Substernaltumor oder Aneurysma, sowie als Zeichen der einseitigen Bronchostenose die inspiratorische Verschiebung des Mediastinalschattens nach der stenosierten Seite hin. Wie Albers-Schönberg [4]) hervorhebt, kommt auf Grund der Arbeiten von Bade, Rieder, Immelmann, Holzknecht u. A. der röntgenographischen Untersuchung von Tuberkulosen entschieden eine grosse Bedeutung zu, denn sie ergänzen die üblichen physikalischen Methoden und sind ein sehr wertvolles Kriterium der letzteren. „Wenn es sich um die Entscheidung der Frage, welche Teile des Lungengewebes noch lufthaltig und welche bereits infiltriert sind, handelt, giebt die Platte einen übersichtlicheren Eindruck als die Perkussion und Auskultation. Letztere beiden Methoden lassen keine einwandsfreie Untersuchung der zentralen Lungenpartien zu, infolge dessen wird man mit ihnen im allgemeinen optimistischere Resultate als mit der Röntgenographie erhalten".

Besonders wertvoll ist das Verfahren zur Diagnose der initialen Lungentuberkulose, für welche bei tiefer Inspiration die geringe Aufhellung oberhalb der Clavicula gegenüber der gesunden Seite sowie eine Beeinträchtigung der Beweglichkeit. der Zwerchfellhälfte derselben Seite charakteristisch sind. (Williams'sches Symptom). Nach experimentellen Untersuchungen von de la Camp und Mohr [5]) handelt es sich dabei um eine durch Phrenicuskompression an der Pleurakuppel hervorgerufene Zwerchfellparese.

Ich zeige ihnen hier 3 Aktinogramme, die 3 verschiedenen Stadien der Spitzentuberkulose entsprechen. Im ersten Fall handelt es sich um eine jugendliche Patientin aus meiner Praxis, bei der die nicht sichere klinische Diagnose auf initiale Lungentuberkulose durch den deutlich sichtbaren Schatten im I. Interkostalraum rechts eine wesentliche Stütze erhält.

Die beiden folgenden Aktinogramme stammen von Patientinnen aus der Abteilung des Kollegen Ling. Während der klinische Befund als „an der Grenze des normalen stehend" bezeichnet wurde, deutet der Schatten und die Verkleinerung des ersten Interkostalraumes auf der rechten Seite auf eine Infiltration mit Retraktion der Lungenspitze hin. Im dritten Falle handelt es sich um eine schon klinisch gesicherte bazilläre Spitzentuberkulose. Auf dem Röntgenbilde sehen Sie den rechten ersten Interkostalraum fast völlig geschrumpft und an seiner Stelle einen schmalen Schatten zwischen den beiden Rippen, während links die Lungenspitze bei normaler Weite des Interkostalraums eine geringe Aufhellung oberhalb der Clavicula zeigt.

Während eine geringe Dämpfungszone über der Lungenspitze entweder für einen physiologischen Tiefstand derselben, oder aber für eine Infiltration bezw. Retraktion derselben spricht, zeigt nun das vorliegende Akti-

[4]) Die Röntgentechnik. Hamburg, L. Graefe u. Sillem 1906.
[5]) Zeitschrift für experimentelle Pathologie u. Therapie Bd. I.
[6]) Kissling: Fortschritte auf d. Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IX. pg. 66.

nogramm sofort, welche von diesen Eventualitäten vorliegt. Die auf der Platte sichtbare Schrumpfung des obersten Interkostalraumes beweist zudem das Bestehen eines alten Krankheitsherdes, während in manchen Fällen unsere bisherigen klinischen Untersuchungsmethoden uns über das Alter eines derartigen tuberkulösen Herdes — so bei bis dahin latent verlaufender und erst mit einem akuten Spitzenkatharrh in die Erscheinung tretender Tuberkulose — keinen Aufschluss geben.

Nächst der Frühdiagnose der Lungentuberkulose sind Neoplasmen und mehr weniger zentral gelegene gangraenöse Herde und Abszesse, sowie die wegen der grossen Absorbtionsfähigkeit ihrer Flüssigkeit sich deutlich markierenden Echinokokken der Lunge ein erfolgreiches Gebiet für die Röntgendiagnostik. In Bezug auf Gangraen und Abszesse der Lunge ist hervorzuheben, dass die Radiographie, da sie oberflächliche und tiefe Herde gleich gut anzeigt, in manchen Fällen eine so klare Herddiagnose ermöglicht, dass daraufhin ein operativer Eingriff vorgenommen werden kann [6]).

Von den Pleura-Erkrankungen können Flüssigkeitsansammlungen, Luftanhäufungen, Schwarten, Bindegewebsstränge und Tumoren deutlich nachgewiesen werden, doch ist hier das Röntgenverfahren im Allgemeinen den bisherigen physikalischen Untersuchungsmethoden nicht so überlegen wie bei der Diagnose von Erkrankungen der Lunge.

Die Diagnose der Krankheiten des Mediastinums ist durch die Röntgenstrahlen wesentlich gefördert worden. Das gilt besonders in Bezug auf die Mediastinaldrüsen. Verkalkte Drüsen lassen sich leicht und sicher darstellen, aber auch verkäste und markig geschwollene Drüsen erscheinen auf der Platte, wenn sie von normalem lufthaltigem Lungengewebe umgeben sind. Bei Drüsentumoren, die sich wegen ihrer tiefen Lage im Thoraxinneren dem perkussorischen Nachweise entziehen, erweist sich das Röntgenverfahren stets überlegen. Die relative Dämpfung hinter dem Manubrium sterni, wie überhaupt pathologische Schallbefunde hinter dem Sternum sind zu vieldeutig, um mit den klaren Aktinogrammen konkurrieren zu können.

Abnormitäten des Zwerchfells inbezug auf Lage, Bewegungen, Verwachsungen, subphrenische Abszesse, sowie die Hernia diaphragmatica lassen sich oft gut im Röntgenbilde erkennen [7]).

Hinsichtlich des Verdauungsapparates ist zu erwähnen, dass verschluckte Fremdkörper leicht im Oesophagus, Magen oder Darm nachgewiesen werden können. Aber auch die Diagnostik der Verdauungskrankheiten ist dank den Arbeiten von Holzknecht [8]) und Rieder [9]) erheblich gefördert worden.

Im Gegensatz zu den Brustorganen lassen sich die Bauchorgane erst nach künstlicher Schaffung von Dichtigkeitsunterschieden gut untersuchen. Es müssen ihnen Stoffe zugeführt werden, deren spezifisches Gewicht höher oder niedriger als ihr eigenes spezifisches Gewicht ist. Zu diesem Zweck können 15—30 grm. Bismuthum subnitric. unbeschadet in Oblaten oder Kartoffelbrei geschluckt werden. Der auf diese Weise hervorgerufene Schatten kann auf dem Fluoreszenzschirm oder der Platte auf seiner Wanderung durch die Speiseröhre, den Magen und den Darm verfolgt und aus der Art seiner Forbewegung bezw. seines Liegenbleibens an krankhaft verengten Stellen diagnostisch verwertet werden. Auf diese Weise können wir über das Vorhandensein von Tumoren, Erweiterungen und Divertikeln der Speiseröhre Aufschluss gewinnen; wir können unterscheiden, ob ein hysterischer Cardiospasmus oder eine organische Stenose vorliegt. Ebenso lassen sich Grösse, Form und Lage des Magens rasch und sicher feststellen. Man kann Ektasie von der Gastroptose strenger aus einander halten als bisher. Ebenso lässt sich das Vorhandensein eines Sanduhrmagens rascher und einwandsfreier feststellen als mit den bisherigen Methoden. Auch die motorische Funktion des Magens und Darmes kann auf diese Weise kontrolliert werden und die einzelnen Verdauungsphasen sind einer genaueren Beobachtung zugänglich, als dies früher möglich war. Diese Art der Untersuchung belästigt den Patienten weniger als die Einführung der Sonde, des Oesophagoskopes und des Gastroskopes.

Bei Patienten, wo die Einführung eines dieser Instrumente aus irgend einem Grunde nicht angängig ist, kann die Motilität des Magens mit Hülfe der Röntgenographie leicht und sicher festgestellt werden.

Hierbei sei erwähnt, dass auf Grund der Röntgen-Untersuchungen von Holzknecht, Kraus [10]) u. A. im Gegensatz zu den landläufigen Anschauungen sich die vertikale Stellung des Magens als die typische erwiesen hat in 80 pCt. der Fälle.

Beim Magenkarzinom sind die erwähnten Durchleuchtungsbefunde insofern von grosser Bedeutung, als sie die Diagnose zu einer frühen Zeit ermöglichen, wo Chemie und die bisherigen physikalischen Methoden noch versagen. Zwar ist nicht die Diagnose eines Karzinoms möglich, wohl aber diejenige eines raumbeengenden und das normale Röntgenbild der Magenperistaltik störenden Hindernisses, dessen karzinomatöse Natur unter Umständen mit Hilfe der chemischen Untersuchung des Mageninhaltes eruiert werden kann. Uebrigens gelang es sowohl Holzknecht als Steyner [11]) auf die erwähnte Weise die Diagnose Magenkarzinom in einer Reihe von Fällen mittelst Röntgenstrahlen zu stellen, wo kein Tumor palpierbar war und Salzsäure reichlich gefunden wurde.

Mit Hülfe des Wismuth-Röntgenverfahrens können wir auch über die topographischen Verhältnisse der einzelnen Darmabschnitte [12]), über die Mobilität dieses Organs, den zeitlichen und örtlichen Ablauf der Darmverdauung Aufschluss gewinnen. Hier sei auch auf die Untersuchungen Rieder's (l. c.) hingewiesen, wonach das Colon transversum fast nie horizontal verläuft, sondern der grossen Kurvatur des Magens folgend, von rechts nach links zur meist sehr hoch stehenden Flexura coli sin. steil ansteigt. Bei Enteroptose findet man es im Röntgenbilde zuweilen tief im kleinen Becken liegen, einen Befund, den ich auch gelegentlich bei der Sektion erhoben habe.

Eine andere Methode der röntgenographischen Darmuntersuchung ist diejenige mittelst hoher Darmeinläufe Wismut von unten her in den Darm hinaufzubringen. Zu diesem Verfahren brauchen wir etwa 40—60 grm. Bismut, subnitr. Es gelingt unschwer festzustellen, wie weit die Flüssigkeit und das Wismut vorgedrungen sind, so dass daraus nicht nur auf die Lage des betreffenden Darmabschnittes, sondern auch auf den Sitz eines Tumors oder einer Stenose geschlossen werden kann. Hierbei hat sich auch erwiesen, dass Darmsonden sich nicht über das Rectum hinaus einführen lassen. Schüle gelang es eine eingeführte Metallsonde bis zum linken Rippenbogen zu verfolgen, doch ergab sich, dass dieselbe nicht den Darm durchwandert hatte, sondern sich in der Flexura sigmoidea gefangen und dieses bis zum linken Rippenbogen hinaufgestülpt hatte.

6) de la Camp: Berliner klin. Wochenschr. Nr. 29, 1905.
8) Wiener klin. Wochenschr. 1905, Nr. 18.
9) Müncher med. Wochenschr. 1906, Nr. 3.
10) Münch. med. Wochenschr. 1906, Nr. 4.
11) l. c.
12) Rieder. l. c.

Bei der Durchleuchtung der Leber lassen sich Lage und Formveränderungen (Schnürleber) erkennen. Der Nachweis von Steinen gelingt nur ausnahmsweise, was durch das hohe Absorbtionsvermögen der Galle bedingt ist.

Erfolgreicher ist der Nachweis von Steinen in den Harnwegen. Nach den Untersuchungen von Beck [13]) geben Oxalatsteine den dichtesten Schatten, während Phosphatsteine und harnsaure Steine schwächere Schatten geben. Auch Pyo- und Hydronephrose sowie Tuberkulose und Echinokokkus können auf Grund abnormer Schattenbilder in der Nierengegend und auf Grund der übrigen klinischen Symptome diagnostiziert werden.

Verhältnissmässig leicht lassen sich Krankheitsprozesse am Knochenskelett auf dem Aktinogramme nachweisen. Bei Myxoedem und Idiotie lassen sich verzögertes Knochenwachstum und der gute Erfolg der Schilddrüsentherapie aktinographisch feststellen. Ebenso sind die Knochenveränderungen bei Rachitis, Tuberkulose, Syphilis, Sarkomatose, Gicht, Osteomalacie, Osteoporose, Arthritis chronica und deformans, Akromegalie, sowie die Gelenkveränderungen bei Tabes gut zu erkennen (Demonstration). Ferner zeige ich Ihnen hier noch eine Reihe von Aufnahmen von Tuberkulose des Handgelenkes, der Hüfte, sowie angeborener Hüftgelenksluxation. Auch möchte ich hier — obwohl sie mehr in das Gebiet der Chirurgie gehören — auf die Unfallserkrankungen hinweisen, bei denen wir oft erst nach Jahr und Tag, wenn nicht selten bereits Muskel- und Nervenatrophien dazugekommen sind, den wahren Zusammenhang feststellen, indem wir auf dem Aktinogramm Callusmassen, Dislokationen der Wirbelkörper, der Quer- und Dornfortsätze, sowie Veränderungen der Spongiosastruktur sehen, die der früheren Diagnostik nicht zugänglich waren.

Endlich möchte ich hier noch ein Gebiet anführen, das zwar nicht in die innere Medizin gehört. aber deswegen allein schon angeführt werden muss, weil es hier in Moskau bisher noch gar nicht der Diagnostik mit Röntgenstrahlen zugänglich gemacht worden ist: das ist die Zahnheilkunde [14]). In Westeuropa findet die Anwendung der Röntgenographie in der Zahnheilkunde nicht seltener als in der Chirurgie statt. Man kann mit Hilfe der Röntgenstrahlen folgende bisher nicht sicher erkennbare Zahnkrankheiten sicher erkennen: Abszesse an der Wurzelspitze, die sich oft bei äusserlch intakten Zähnen finden. Zerstörungen des Zahnfaches und Pyrrhoea alveolaris. Das Röntgenbild zeigt deutlich die Zementauflagerung auf den Wurzeln bei der Excementosis, die oft heftige Neuralgien hervorruft, deren Grund aber bisher nur per exclusionem ermittelt wurde. Ferner lässt sich nur mit Röntgenstrahlen feststellen, ob in der Zahnreihe bestehende Lücken durch Fehlen oder durch Verlagerung oder Retention von Zähnen entstehen. Ebenso lassen sich vom Zahnfleisch überwucherte Wurzelreste leicht auffinden, als auch die Entwickelung der Zähne und der Knochen des Kiefers gut darstellen. (Demonstration).

Sie sehen, m. H., dass es auch in der Zahnheilkunde mit Hilfe der Röntgenstrahlen gelingt, die Indikationen für ein operatives oder konservatives Verfahren praeciser festzustellen als bisher.

Aus den angeführten Mitteilungen und Demonstrationen ersehen Sie, m. H., dass die Röntgenstrahlen in der inneren Medizin ein ebenso wertvolles wie unentbehrliches diagnostisches Hilfsmittel darstellen. Sie sollen die alten klinischen Untersuchungsmethoden ersetzen, wo dieselben naturgemäss versagen oder dort als Kontrolle dienen, wo die klinische Beobachtung allein nicht sichtbare Resultate ergiebt. Für Klinik und Praxis sind sie als diagnostisches Rüstzeug ebenso unentbehrlich wie die alten physikalischen Untersuchungsmethoden, wie die Chemie und Bakteriologie. Welcher Methode im einzelnen Fall der Vorzug zu geben ist, bleibt der Erfahrung und der Kritik des Arztes überlassen. Wer alte Untersuchungsmethoden kennt und übt, wird, die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit erkennend, die Ueberschätzung der einen und die Unterschätzung der anderen zu vermeiden wissen. Aus diesem Grunde müssen wir uns auch dagegen aussprechen, dass das Röntgenverfahren zu einer besonderen Spezialität gemacht wird.

Wenden wir uns nunmehr dem zweiten Teil des heutigen Thema's — der Verwendung der Röntgenstrahlen zu therapeutischen Zwecken — zu, so sind zunächst einige Bemerkungen über experimentelle Untersuchungen betreffend die Einwirkung der X-Strahlen auf das menschliche und thierische Gewebe vorauszuschicken, aus denen sich die Indikationen zur Behandlung ableiten lassen. Es würde den Rahmen des Vortrages weit überschreiten, wenn ich auf die Einzelheiten der sehr umfangreichen Literatur über die Therapie mit X-Strahlen eingehen wollte, ich will mich nur auf die Anführung von einigen allgemeinen Gesichtspunkten beschränken.

Die deletäre Wirkung der X-Strahlen auf die Haut der mit ihnen arbeitenden Aerzte veranlasste eine Reihe von Klinikern und Aerzten zu klinischen und experimentellen Untersuchungen über die Wirkung der X-Strahlen. Dieselben beeinflussen ausschliesslich die zelligen Elemente der Haut, die einer Degeneration anheimfallen. Auf diese Weise kommt es zu Entzündungen, Ulcerationen, Nekrosen. Auch auf das Pigment haben die Strahlen einen nachhaltigen Einfluss, der viel intensiver ist als die Pigmentwirkung der Sonnenstrahlen.

Die Einwirkung auf die inneren Organe untersuchten Heineke [15]) u. A. Meerschweinchen, Kaninchen und Rinder wurden in verschiedener Weise bestrahlt und sodann Blut, Zentralnervensystem, Milz, Lymphdrüsen, Follikel des Darmkanals, Knochenmark exakt mikroskopiert. Es ergab sich dabei, dass die X-Strahlen unabhängig von den Vorgängen am Deckepithel auf die inneren Organe einwirken. Sie rufen eine Atrophie der Geschlechtsdrüsen hervor und wirken intensiv auf die blutbildenden Organe, indem sie das lymphoide Gewebe vernichten und den Untergang der Zellen des Knochenmarks und der Milzpulpa hervorrufen. In derselben Weise wirken die Strahlen auch beim Menschen. An Fabriken zur Herstellung von Röntgenröhren werden an Arbeitern Azoospermie und Atrophie der Hoden beobachtet. Es ist auch nachgewiesen, dass Röntgenstrahlen eine Atrophie der Mamma, der Ovarien und Lymphdrüsen zu erzeugen imstande sind.

Die Untersuchungen an Kranken mit Leukaemie, bezw. Leukaemie ähnlichem Blutbefund ergaben eine gesteigerte Harnsäure- und Phosphorsäure-Ausscheidung, die direkt von der Bestrahlung abhängig war, um gleichzeitig mit den qualitativen und quantitativen Veränderungen des Blutes und speziell mit denen der Leukozyten wieder zu verschwinden. Derselbe Befund fand sich auch bei Meerschweinchen und Kaninchen. Man kann hieraus mit His, Mosse,

[13]) Annals of surgery. Dez. 1905.
[14]) Vergl. Miller: Deutsche med. Wochenschr. 17, 1905.
[15]) Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. Bd. 14.
[16]) Quadrone: Zentralblatt f. innere Medizin 1905.

Aubertin, Beaujard das Ergebniss ziehen, dass die Röntgenstrahlen eine besondere Wirkung auf die zirkulierenden und vielleicht auch auf die in den Organen befindlichen Leukozyten ausüben. Endlich fanden Curschmann und Gaup[17]), dass durch die Einwirkung der X-Strahlen mit dem Zugrundegehen der Leukozyten auch im Blute des Leukaemikers ein spezifisches Leukotoxin entsteht, das imstande ist, Leukozyten im kreisenden Blute von Versuchstieren und normale menschliche Leukozyten in vitro elektiv zu zerstören.

In Uebereinstimmung hiermit fanden Benjamin, v. Reuss u. A.[18]), dass die Röntgenbestrahlung als Zeichen stattgehabter chemischer Zersetzung im Gewebe, das Auftreten eines Stoffes bewirkt, dem gegenüber sich die polynukleären Leukozyten chemotaktisch positiv verhalten.

Auf Grund der experimentellen Untersuchungen sind ein geeignetes Objekt zur Behandlung mit Röntgenstrahlen Erkrankungen der Haut, der Drüsen, des Blutes, sowie der vom Epithel und lymphatischen Apparat ausgehenden Neubildungen. Ohne auf die einzelnen zahlreichen diesbezüglichen Mitteilungen einzugehen, will ich hier nur die von v. Bramann, Lassar[19]) mitgeteilte Heilung von Hautkrebs hervorheben. Ebenso sind beim Epitheliom und Hautsarkom (Albers-Schoenberg) Heilungen ohne Rezidiv beobachtet worden, sowie von Ewald[20]) in einem Fall von Lymphosarkom. Weniger günstig sind die Erfolge beim Karzinom. Am geeignetsten sind inoperable Mamma-Karzinome und Karzinome an den Genitalien, sowie Hautrezidive nach Operationen, die durch Bestrahlung zur Vernarbung gebracht werden können. Bei ulzerierten, stark sezernierenden Karzinomen gelingt es meist die Jauchung zum Stillstand zu bringen, sowie Schmerzen günstig zu beeinflussen. Ferner geben günstige Resultate die Gelenk- und Drüsentuberkulose, vor allem aber die Leukaemie und Pseudoleukaemie. Hierbei sind eine auffallende Besserung des Allgemeinbefindens, Gewichtszunahme, Steigerung der Zahl der roten und Verminderung der weissen Blutkörperchen, Erhöhung des Hämoglobingehaltes, Schwinden der Drüsentumoren und Verkleinerung der Milzschwellung ziemlich konstant beobachtet worden. Wenn das auch keine Dauerheilung bedeutet, so sind das so hervorragende Besserungen, die für das Wohlbefinden und Leben des Kranken von grosser Bedeutung sind.

Sichere Heilungen hat man bei Sykosis, Lupus, Favus beobachtet. Auch bei Psoriasis und gewissen Formen des Ekzems hat man gute Erfolge gesehen. Auch bei hartnäckigen Neuralgien hat man solche gesehn. Wie weit der neuerdings gemachte Vorschlag Struma und Prostatahypertrophie[21]) zu therapeutischen Zwecken zu bestrahlen, erfolgreich sein wird, wird die Zukunft lehren. In Bezug auf Letztere ist man von der Tatsache ausgegangen, dass die hypertrophische Prostata in den meisten Fällen eine Drüsenwucherung ist, also gegen Röntgenstrahlen sehr empfindliche epitheliale Anteile enthält. Die vom Rektum aus gemachte Bestrahlung scheint ermutigende Erfolge zu ergeben.

Wir können unser Urteil dahin zusammenfassen, dass die Röntgenstrahlen sich in der inneren Medizin als Heilmittel nicht einen so hervorragenden Platz gesichert haben wie als diagnostisches Hilfsmittel. Immerhin können wir sie auch heute schon als therapeutisches Agens nicht missen und können nicht leugnen, dass sie für die Therapie neue Ausblicke geschaffen haben.

Referate.

M. Follenfant: Chirurgische Eindrücke. Archives de médecine et de Pharmacie militaires. Juillet 1906.

Autor, dessen Statistik über die Verluste der russischen Armee in der Mandschurei wir vor kurzem zu referieren Gelegenheit hatten, geht hier näher auf die Ursachen ein, die ein so überaus günstiges Heilresultat bei der Behandlung der russischen Verwundeten ermöglicht haben. Er sieht die Ursachen in der rationellen Einrichtung des russischen Sanitätsdienstes und der Hospitäler, der Wirkung des kleinkalibrigen modernen Geschosses und besonders des gesunden Klimas der Mandschurei. Es wurde möglichst vermieden chirurgische Eingriffe auf dem Schlachtfelde vorzunehmen, man begnügte sich mit Verbänden nach schneller und sorgfältiger Reinigung der Wunden mit aseptischen Lösungen und Einpinselungen mit Jodtinktur. Auch in den Hospitälern der ersten Linie war die Anzahl der Operationen verhältnissmässig gering (z. B. an 598 Verwundeten 74 Operationen, wovon 5 Amputationen, 1 Trepanation, 11 Ligaturen, 55 Geschossextraktionen etc. in einem Hospital, das Verf. besuchte). Die meisten Operationen wurden in den Hospitälern im Rücken der Armee ausgeführt, in Charbin z. B. an 19031 Verwundeten 1804 Operationen, davon 128 Amputationen, 97 Desartikulationen, 72 Gelenkresektionen, 114 Trepanationen, 63 Gefässligaturen, 616 Kugelextraktionen etc. Von diesen wurden vollkommen geheilt 871 M., unvollkommen geh. 410, starben 101 Verwundeter. Todesursachen: Pyämie und Septikämie 48, Tetanus 9, Gangrän 5, akute purulente Inf. 1, Haemorrhagieen 6, Kachexie 11, andere Ursachen 21. Die Zahl der verstümmelnden Operationen war 1,47 pCt.

Das kleinkalibrige Geschoss ist nach F. weniger «human» bei Schädel und Wirbelsäulenverletzungen, dagegen «humaner» bei Brust-, Bauch-, Hals- und Gelenkschüssen. Das Steckenbleiben von Kugeln, Mitreissen von Kleiderfetzen ist nicht seltener, wie früher, dagegen Deformationen viel seltener. Infektionen der Wunden erfolgten sehr häufig, in etwa 50 pCt., doch verliefen sie günstig, wohl hauptsächlich infolge günstiger klimatischer Verhältnisse. — Von den Verwundungen kamen nur etwa 0,3 pCt. auf kalte Waffen (das Bajonett spielte also eine ganz untergeordnete Rolle), 8—10 pCt. auf Verletzungen durch Shrapnels und Granatsplitter, der Rest auf Gewehrkugeln. Die einzelnen Körperregionen waren folgendermassen betroffen: Kopf, Gesicht, Hals 12,7 pCt., obere Gliedmassen 29,2 pCt., unt. Gliedm. 36,4 pCt., Abdomen, Becken, Geschlechtsorgane 7,6 pCt. Bei Kopf und Unterleibsschüssen empfiehlt sich eine streng abwartende Therapie, die von einigen Chirurgen im Anfang praktisierte möglichst frühzeitige chirurgische Intervention gab schlechte Resultate. — Eine Explosionswirkung der Gewehrgeschosse, selbst auf ganz nahe Entfernungen, wurde an den grossen Diaphysenknochen sehr selten beobachtet, dagegen fanden sich in der Regel bei allen Knochenschüssen lange Fissuren. Gelenkschüsse geben bei konservativer Behandlung gute Heilungsresultate. Die Behauptung, dass die Schimozegase ernste Vergiftungserscheinungen hervorrufen, hält F. für einen Irrtum.

W. Schiele.

---

[17]) Münchener Med. Wochenschrift 1905.

[18]) Wiener klinische Wochenschrift 1906, Nr. 26.

[19]) Berliner med. Gesellschaft 1903.

[20]) Berl. klin. Wochenschr. 1906.

[21]) Mosskowicz: Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. 9.

Protokoll der VII. Jahresgeneralversammlung

der Livländ. Abteilung des St. Petersb. ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe am 21. Aug. 1906 um 4 Uhr Nachmittags zu Wolmar.

(Schluss.)

P. 3. Der Kassaführer Dr. A. Lezius legt den Kassenbericht pro Juli 1905 bis Juli 1906 vor:

Einnahmen:

	Rbl. Kop.
Saldo zum 1. Juli 1905	91 37
191 Mitgliedsbeiträge à 5 Rbl.	955 00
Vom Wertpapierdepot gehoben (Nominal)	1000 00
1 tiragierter Charkower Agrarpfandbrief	100 00
Für die notleidenden Kollegen eingelaufen	4164 00
Eine retournirte Subsidie	250 00
Koupons	65 76
Zinsen eines Wechsels (400 Rbl.)	24 00
Vom Giro genommen	3150 20
Summa	9800 33

Ausgaben:

Subsidie an Frau Dr. Schneider-Uziany	250 00
Dem Giro gutgebracht	3115 96
Verwaltungsunkosten und diverse Rechnungen	99 26
Der Unterstützungskasse gespendet	1230 75
Angekaufter Dorpater Bankschein	100 00
Unterstützung Frau Dr. Harmsen	40 00
Dr. X. X. laut Beschluss des Vorstandes	500 00
Den notleidenden Kollegen an Subsidie	4130 00
Saldo zum 1. Juli 1906	334 36
Summa	9800 33

Vermögensstand zum 1. Juli 1906.

	Rbl. Kop.
Wertpapiere laut Depositalschein (Nominal)	1500 00
1 Dorpater Bankschein	100 00
1 Wechsel	400 00
Giro	1 08
Saldo zum 1. Juli 1906 in der Kasse	334 36
Summa	2335 44

Die Generalversammlung bestätigt obigen Kassenbericht. Im Anschlusse hieran giebt der Kassaführer Dr. A. Lezius einen Bericht über die Einnahmen und Ausgaben (Februar bis 20. August 1906) der Kasse, die vom Vorstande zum Besten der durch die revolutionäre Bewegung geschädigten baltischen Aerzte gegründet wurde:

Einnahmen:

	Rbl. Kop.
Von der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga	1650 00
Durch die Redaktion der «St. Petersburger Med. Wochenschrift» von den Petersburger Kollegen	680 00
Von der Dorpater medizinischen Gesellschaft und den Dorpater Kollegen	616 00
Vom Revaler Aerzteverein	500 00
Dr. Mickwitz-Törwa 25 00; Frau Dr. S. 5 00	30 00
K. U. 10 00; N. N. 5 00; Dr. G. Bad Nauheim 100 00	115 00
Von den Kollegen aus Wolmar	12 00
Dr. Schneider-Uziany 5 00; Dr. Wihstuz-Gross Roop 5 00	10 00
Von den Kollegen aus Friedrichstadt	9 00
Von den Kollegen aus Arensburg	75 00
Vom wissenschaftlichen Verein der Aerzte Mitaus	230 25
Von den Kollegen aus Libau	133 00
Dr. Schneider-Pernau	50 00
Dr. Grimm-Lublin	20 00
Dr. Peterson-Jusowka	10 00
Frau Helene v. Sivers 30; Frl. Justine v. Seidlitz 50	80 00
Dr. Werncke-Odessa 20; Dr. Spindler-Alexejewka 15	35 00
Aus Dresden 1000 Mark	465 75
Aus Werro	88 00
Vom Illuxtschen Aerzteverein	48 00
Dr. Friedenthal 5; Dr. Hörschelmann-Rappin 5	10 00
Summa	4867 00

Ausgaben:

	Rbl. Kop.
Der Frau eines von seiner Stelle vertriebenen Kollegen zum Aufenthalt in einer Lungenheilstätte	500 00
Der Frau eines von den Revolutionären ermordeten Kollegen	500 00
Der Frau eines von den Revolutionären ermordeten Kollegen	500 00
Zwei Arztwitwen, die durch die Revolution in drückende Verhältnisse geraten, 100+150 R.	250 00
5 Kollegen, die wegen der Revolution von ihren Stellen flüchten mussten, à 250 Rbl.	1250 00
Einem von den Revolutionären beraubten Kollegen	250 00
Einem von der Revolution geflüchteten Kollegen, dem seine fahrende Habe verbrannt war	400 00
Einem Kollegen an Subsidie	80 00
Der geflüchteten Frau eines Kollegen, der noch auf dem Kriegsschauplatz weilte	150 00
Saldo	987 00
Summa	4867 00

Auf den Vorschlag des Präses beschliesst die Generalversammlung diesen Rechenschaftsbericht mit einem warmen Danke an alle, die sich an diesem Werke der Kollegialität und Nächstenliebe beteiligt haben, versehen drucken zu lassen und ihn allen hierbei beteiligten Gruppen und Personen sowie auch den Zeitungen zum Abdruck zuzustellen.

P. 4. Der Kassenrevident Dr. W. Kieseritzky-Dorpat verliest das Revisionsprotokoll, welches folgendermassen lautet:

«Nachdem wir Endesunterzeichnete, als erwählte Kassarevidenten der Livländischen Abteilung des St. Petersburger ärztlichen Vereines zu gegenseitiger Hilfe am heutigen Tage die Kasse, die Einnahmen und Ausgaben, sowie auch den Vermögensstand geprüft haben, bestätigen wir hiermit, dass wir die Bücher, sowie die Kasse in voller Ordnung gefunden haben».

Dr. A. Hartge.
Dr. W. Kieseritzky.

Dorpat, den 18. August 1906.

P. 5. Einem Antrage des Vorstandes entsprechend hätte Dr. Ströhmberg schon vor der Eröffnung der Sitzung alle anwesenden Mitglieder des Aerztetages eingeladen, der Sitzung beizuwohnen. Dieser Aufforderung wurde auch von fast allen Mitgliedern des XVIII. Livländischen Aerztetages Folge geleistet.

Der Präses legt der Generalversammlung ein Gesuch der Wittwe des verstorbenen Dr. Blau-Eckhof vor, ihrem Stiefsohne ein Stipendium für die Zeit seines Studiums zu bewilligen. Der Antrag des Vorstandes, der Doktorin Blau resp. ihrem Stiefsohne eine einmalige Unterstützung von 200 Rbl. zu bewilligen, da der Verein sich seiner bescheidenen Mittel wegen auf laufende Unterstützungen nicht einlassen könne, wird von der Generalversammlung angenommen.

Auf den Vorschlag Dr. Ed. Schwartz's-Riga wird beschlossen, in der der Doktorin Blau zu erteilenden Antwort zu betonen, dass der Verein nicht in der Lage wäre laufende Unterstützungen zu bewilligen, dass sie jedoch im nächsten Jahre, falls ihre Verhältnisse sich bis dahin nicht gebessert hätten, wiederum mit einem Gesuche um eine einmalige Unterstützung sich an den Vorstand wenden könne.

Endlich beschliesst die Generalversammlung auf die Proposition Dr. Sadikoff's-Talsen hin, die Bewilligung von einmaligen Unterstützungen ganz dem Vorstande zu überlassen, der besser als die Generalversammlung in der Lage wäre sowohl die Bedürftigkeit der zu Unterstützenden, als auch die zu einem solchen Zwecke vorhandenen Mittel der Kasse zu beurteilen.

Der Präses Dr. med. H. Truhart stellt der Generalversammlung im Namen des Vorstandes den Antrag, den Beschluss der VI Generalversammlung in Arensburg, P. 5, b des Protokolles, betreffend die Fixierung der Maximalhöhe des Vereinskapitals auf 2000 Rbl. ausser Kraft zu setzen. Es hätte sich gerade im Laufe des letzten schweren Jahres herausgestellt, dass die Kasse in unvorhergesehenen Fällen, wie dringend notwendigen Unterstützungen, teuren Prozessen etc. grössere Mittel benötigen könnte, und hielte es daher der Vorstand für inopportun, die Aktionsfreiheit der Kasse zu beschränken.

Die Generalversammlung beschliesst, den Beschluss der VI. Generalversammlung in Arensburg ad P. 5, b aufzuheben und den früheren Modus der Abführung von 50 pCt. der Reineinnahme der Vereinskasse in die Kasse der Unterstützungskasse beizubehalten.

Ausserdem beschliesst die Generalversammlung entsprechend dem Antrage des Vorstandes für dieses Jahr rund 500 Rbl. in Wertpapieren zum Nominalwerte aus der Kasse des Vereines der Unterstützungskasse zu überweisen.

P. 6. Es wählt die Generalversammlung einstimmig per Akklamation zu Kassarevidenten für das nächste Jahr die Herren: Dr. W. Kieseritzky-Dorpat, Dr. Joh. Meyer-Dorpat und Dr. Hartge-Dorpat.

I Sekretär: Dr. C. Ströhmberg.
II. Sekretär: Dr. K. Pfaff.
Kassaführer: Dr. med. A. Lezius.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Dem in den Ruhestand getretenen Direktor und Oberarzt des Deutschen Alexanderhospitals für Männer in St. Petersburg Dr. E. Moritz ist anlässlich des 25-jährigen Bestehens des Hospitals unter seiner Leitung als Anerkennung der Verdienste um dasselbe vom Deutschen Kaiser der Rote Adlerorden II. Klasse mit dem Stern verliehen worden.

— Ein Festkommers zu Ehren der Professoren Ernst v. Bergmann und Wilhelm Waldeyer in Berlin aus Anlass des 70. Geburtstages der beiden Gelehrten wird am 13. Dezember n. St. vom Akademischen Verein für Naturwissenschaft und Medizin unter Teilnahme der Berliner Aerztewelt veranstaltet werden.

— In diesen Tagen konnte der ausgezeichnete Pathologe, Prof. Dr. Felix Marchand, Direktor des pathologischen Instituts an der Leipziger Universität auf eine 25-jährige Tätigkeit als Universitätsprofessor zurückblicken. Zugleich beging er am 9./22. Oktober seinen 60. Geburtstag.

— Dem «Reg.-Anzeiger» zufolge, hat der frühere Bevollmächtigte und Leiter des Lazaretts Ihrer Majestät der Kaiserin Maria Feodorowna auf dem Kriegsschauplatz, Prof. ord. der Chirurgie Dr. Werner, Zoege v. Manteuffel zu Dorpat, den St. Annenorden II. Klasse mit Schwertern erhalten.

— An Stelle des als Medizinalinspektor ins Akmolinskgebiet übergeführten Revaler Gefängnisarztes Dr. Orshepowski ist der Revalsche Kreisarzt Peterson mit der stellvertretenden Ausübung dieser Funktion betraut worden.

— Der Oberarzt des Libauer Lazaretts des Roten Kreuzes Dr. Siebert ist auf sein Gesuch von diesem Amte entbunden worden.

— Für ausgezeichnet eifrigen Dienst und Mühewaltungen während der Kriegsaktionen sind die Divisionsärzte Rick und Grossmann zu wirklichen Staatsräten befördert worden.

— Der Konsultant für Chirurgie am Sewastopolschen Marinehospital und ältere Arzt der 29. Flottenequipage, Dr. Plotnikow, ist als Konsultant für Chirurgie ans Marinehospital in Kronstadt und älterer Arzt in die 20. Flottenequipage übergeführt worden. Zu seinem Nachfolger in Sewastopol ist der bisherige ältere Arzt der 30. Flottenequipage Dr. Sagorjanski-Kissel ernannt worden.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 18. August in Kiew der frühere Professor der allgemeinen Pathologie an der dortigen Universität Dr. Nikanor Chrzonszczewski im Alter von 70. Jahren. Seine medizinische Ausbildung hatte er an der Kiewer Universität erhalten, an welcher er 1864 den Arztgrad erlangte und später als Professor tätig war. Aus dieser Zeit stammen seine wissenschaftlichen Arbeiten über die Histologie und Pathologie der Lungen, der Leber und der Nieren. Um die Mitte der 80-er Jahre gab er seine Lehrtätigkeit auf und wurde praktischer Arzt. Im letzten Jahrzehnt verhinderte ihn seine Kränklichkeit an der Ausübung der Praxis. Der Verstorbene fungierte in früheren Jahren auch lange Zeit als Präsident der Gesellschaft Kiewer Aerzte. 2) Am 5. Oktober der Ordinator an der hiesigen Irrenanstalt St. Nikolaus des Wundertäters Dr. Johann Januschkewitsch im 43. Lebensjahre. Er hat sich im Oranienbaumer Palaispark erschossen. Der Verstorbene, welcher seit 1890 die ärztliche Praxis ausgeübt hat, war früher Militärarzt im Terekgebiet und als solcher dem hiesigen Nikolai-Militärhospital zur weiteren Vervollkommnung zukommandiert. 3) In Wladikawkas am 16. Sept. der Oberarzt des Apscheronschen Infanterie-Regiments Dr. Konstantin Borissewitsch im Alter von 53 Jahren nach 27-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 4) In Tiflis der frühere Oberarzt eines kaukasischen Schützenbataillons Dr. Alexander Perewosnikow im 68. Lebensjahre. Er wurde bei einer in seiner Wohnung vorgenommenen Haussuchung als er sich mit der Waffe in der Hand widersetzte, von einem Kosaken erschossen. Die Venia practicandi hatte P. im Jahre 1871 erlangt. 5) Am 28. September in Berlin der Generaloberarzt und Professor der Hygiene an der dortigen Kriegsakademie Dr. Albert Krocker im vor kurzem vollendeten 60. Lebensjahre. Der Hingeschiedene hat sich grosse Verdienste um die Militärhygiene erworben; er betätigte sich auch literarisch auf dem Gebiete der allgemeinen Hygiene. Eine seiner hervorragendsten Leistungen ist die Bearbeitung des Kriegssanitätsberichts für 1870/71. Seit 1898 redigierte er die «Deutsche Militärärztliche Zeitschrift» und den «Jahresbericht über die Literatur des Militärsanitätswesens», sowie den «Kalender für Militärärzte».

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Das Stipendium auf den Namen des verstorbenen Anatomen Prof. Wenzel Gruber ist von der Konferenz der militär-medizinischen Akademie dem Prosektor der Anatomie an der genannten Akademie Dr. Konstantin Jazuta als Unterstützung zur weiteren wissenschaftlichen Ausbildung im Auslande verliehen worden. Dieses Stipendium besteht aus den Zinsen des vom Prof. Gruber und seiner Frau gespendeten Kapitals im Betrage von 12,481 Rbl. und wird drei Jahre hintereinander an einen Arzt, der sich vorzugsweise dem Studium der Anatomie widmet, vergeben.

— An dem bekannten Moskauer «Chirurgischen und Gynäkologischen Institut des verst. Dr. Knie», welches unter der Leitung ihres jetzigen Inhabers Dr. P. Modlinski steht, werden, wie wir dem «R. Wr.» entnehmen, Kurse für Aerzte eingerichtet, die den Zweck haben, «periodisch in kurzer Zeit die Kollegen in der Form von Gesprächen und Demonstrationen mit den Fortschritten der Chirurgie und der ihr nahestehenden Disziplinen der Medizin bekannt zu machen». Das Verzeichnis der Lektoren und der Institute, welche den Teilnehmern an den Kursen offen stehen, werden auf Verlangen zugesandt. Veranstalter der Kurse sind: Prof. L. Lewschin, Prof. N. Golubow und Dr. P. Modlinski.

— Am 11. Oktober ist, wie die «Nordliv. Ztg.» hört, die bisherige Höchstzahl von Neuimmatrikulationen an der Dorpater Universität überschritten worden. Das Maximum der im Laufe eines Semesters neu Immatrikulierten betrug bisher 530; gegenwärtig ist bereits der 531. Student in diesem Semester in die Matrikel der Universität eingetragen worden und einige weitere Immatrikulationen stehen noch in Sicht.

— Die Aufnahme von russischen Studenten in die Berliner Universität ist einstweilen vom preussischen Unterrichtsminister sistiert worden, bis die neuen Bestimmungen über Zulassung von Russen, von denen u. a. einen Nachweis über ihre materielle Sicherstellung verlangt werden soll, ausgearbeitet sind.

— Auf den seit Prof. Aschoffs Fortgang nach Freiburg erledigten Lehrstuhl für pathologische Anatomie an der Universität Marburg ist nunmehr der Königsberger Prof. ord. Rudolph Beneke berufen worden. Zum Nachfolger Beneke's als Direktor des pathologischen Instituts in Königsberg ist der Prosektor des städtischen Krankenhauses in Charlottenburg Prof. Dr. F. Henke ernannt worden.

— Vom Ministerium der Volksaufklärung ist, dem «R. Wr.» zufolge, in den Realschulen, die Einführung des Unterrichts in der Hygiene in der höchsten (7.) Klasse angeordnet worden, und zwar 1 Stunde wöchentlich.

Standesangelegenheiten.

— Die bekannte Deutschfeindliche estnische Zeitung «Postimees» brachte vor kurzem die Nachricht, dass die russischen Studenten in Dorpat die Vorlesungen des Anatomen Prof. Rauber zu boykottieren beschlossen hätten.

Infolgedessen erklären jetzt die russischen Studenten des I. Semesters in der «Nordlivl. Ztg.», dass die vom «Postimees» gebrachte Nachricht auf lügnerischen Gerüchten beruht und rein tendenziös ist. Sie drücken ihre Hochachtung für Prof. Raubner und ihre Empörung über die falsche Meldung aus.

— Unter den vielen Personen orthodoxen Bekenntnisses, welche beim Kiewschen Gouverneur um Genehmigung ihres Uebertritts zum Judentum eingekommen sind, befindet sich auch Dr. Paul Kahan, Schularzt im Flecken Koschewaty im Gouv. Kiew. (Kiew. Golos).

— Der neue Ministerpräsident von Frankreich Georges Clémenceau war in seinen jüngeren Jahren Arzt in Paris, wo er sich der radikalen Partei anschloss und später Führer der radikalen Republikaner wurde.

— Dr. S. R. Tschernjawski hat auf administrative Anordnung die Stadt Jekaterinburg binnen 24 Stunden verlassen müssen. Er darf sich auch nicht in den benachbarten Gouvernements Wjatka und Ufa und ebenso nicht in den Städten Tscheljabinsk und Tjumen niederlassen.

— Ein Arzt berichtet in dem hiesigen Blatte «Oko» über das traurige Schicksal eines Kollegen P., der während der Kämpfe auf den Barikaden in einer der sibirischen Städte von einer Kugel an der Lunge verwundet wurde und jetzt vollkommen arbeitsunfähig geworden ist. Dazu kam noch, dass er zur gerichtlichen Verantwortung gezogen wurde und 3 Monate in Einzelhaft verbringen musste. Er leidet jetzt an Tuberkulose in höchst akuter Form, die eine Kur im Süden erfordert. Er hat aber alles, was er besass, verlebt und ist daher jetzt mit seiner Frau und einem 2 monatigen Kinde geradezu dem Hungertode preisgegeben. Spenden können unter der Adresse: «Wassili Ostrow, 16. Linie. Haus 67, Qu. 7 an den Arzt P.» zugesandt werden.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Die erste internationale Konferenz für Krebsforschung wurde am 25. September in Heidelberg eröffnet. Dem eigentlichen Beginn der Konferenz ging die Eröffnungsfeier des neubegründeten Instituts für Krebsforschung voraus. Prof. v. Leyden (Berlin) eröffnete als Präses des deutschen Zentralkomitees für Krebsforschung die Festsitzung mit einer Schilderung der Entwickelung der Krebsforschung und seines Standpunktes inbezug auf die parasitäre Theorie des Krebses. Die zahlreichen experimentellen Forschungen der Neuzeit haben ergeben, dass man die Krebszelle selbst als das parasitäre Gebilde zu betrachten habe, durch dessen Uebertragung und Vermehrung die Geschwülste im Körper sich bilden. Sodann sprach Prof. Czerny über die Aufgaben des neuen Heidelberger Instituts, das aus dem Samariterhaus zur Aufnahme, Operation und Pflege der Kranken und einem besonderen der wissenschaftlichen Forschung bestimmten Gebäude besteht. Alle neuen Heilmittel und Heilmethoden, die eine Beeinflussung des Krebses versprechen, sollen hier erforscht und geprüft werden. Das Institut will das Evangelium der Heilbarkeit des Krebses predigen. In der ersten wissenschaftlichen Sitzung sprach zunächst wieder Prof. v. Leyden über die Probleme der kurativen Behandlung der Karzinome des Menschen. Die Chirurgie war bisher die einzige Behandlung, welche den Krebskranken Trost und Linderung brachte, aber auch diese erreichte nicht in allen Fällen (nur in ca. 20 pCt.) günstige Erfolge. Es ist jetzt Hoffnung vorhanden, dass die Krebskrankheit nach Art der Infektionskrankheiten sich serotherapeutisch und nach den neuesten Erfahrungen auch auf chemischem Wege behandeln lasse. Besserungen wurden zwar auch durch die Lichttherapie erzielt, aber die langjährige Dauer der Behandlung schreckte viele Kranke ab. Diesem Vortrage folgte ein Bericht von Prof. Czerny über unerwartete Krebsheilungen, von denen er eine ganze Reihe aus eigener Beobachtung anführte.

Mit dem Abendzuge begaben sich ca. 200 Krebsforscher aus Heidelberg nach Frankfurt a/Main, wo an den nächsten beiden Tagen die Verhandlungen in den Räumen des Senkenbergischen Instituts unter dem Vorsitz von Prof. Ehrlich fortgesetzt wurden. Nachdem letzterer seine über 4 Jahre sich erstreckenden experimentellen Krebsstudien geschildert hatte, berichteten Dr. Behla (Stralsund) und Dr. Sticker (Berlin) über das endemische Vorkommen des Krebses. Bisher hat man das gehäufte Vorkommen des Krebses zu erklären versucht durch den Untergrund, die Bodenverhältnisse, die Ernährung, die Blutverwandschaft, die Erblichkeit. Von einer Uebertragung des Krebses zu sprechen, musste bis vor kurzem gewagt erscheinen. Die Uebertragbarkeit des Krebses ist aber heute keine Vermutung mehr. Das gehäufte Vorkommen des Krebses in einzelnen Familien und Häusern eines Ortes darf jetzt ungezwungen durch Uebertragung erklärt werden. Wir stehen damit vor entscheidungsschweren praktischen Folgerungen. Giebt es übertragbare Krebse, so ist es auch notwendig, sie nach Art der ansteckenden Krankheiten zu behandeln, die Verstreuung von Krebszellen zu bekämpfen und ebenso für den Schutz der gesunden Umgebung zu sorgen, wie für die Pflege des Erkrankten.

— Wie in Helsingfors verlautet, soll der nächste Kongress der Pirogow-Arztgesellschaft dort abgehalten werden.

Verschiedene Mitteilungen.

— Nachdem bekanntlich am 7. September aus Anlass des 25-jährigen Jubiläums des hiesigen von deutschen Reichsangehörigen gegründeten Alexanderhospitals für Männer eine interne Feier, verbunden mit der Abschiedsfeier für den bisherigen Direktor Dr. E. Moritz, in den Räumen des Hospitals stattgefunden hatte, veranstaltete das Kuratorium des Hospitals am 8. Oktober aus gleichem Anlass in den festlich geschmückten Räumen des Deutschen Klubs noch ein opulentes Festessen mit 120 Gedecken, das bei vielen guten Reden, in animiertester Stimmung verlief. An dem Festessen nahmen, ausser anderen Freunden und Gönnern des Hospitals, allein gegen 70 Aerzte teil.

— In Budapest wurde am 30. September in Gegenwart zahlreicher Vertreter wissenschaftlicher Institute und einer Anzahl ausländischer Gelehrten ein Denkmal des Gynäkologen Prof. Ignaz Semmelweis, des Entdeckers der Ursache des Kindbettfiebers, enthüllt und damit einem der grössten Wohltäter der Menschheit eine sehr verspätete, aber wohlverdiente Ehrung zu teil. Semmelweis war es, der zuerst die Ursache des früher in den öffentlichen Gebäranstalten geradezu mörderischen Kindbettfiebers in der Uebertragung von Ansteckungskeimen von aussen her erkannte. Ihm standen noch nicht die Beweismittel der Bakteriologie, welche erst 20 Jahre später durch Pasteur, Lister und Robert Koch ausgebildet wurde, zur Seite, er konnte seine Beweise nur auf Grund der Statistik führen. Trotzdem Semmelweis nachwies, dass infolge seiner vorbeugenden Mittel, der Fernhaltung des Geburtshelfers von den Leichenräumen, der Händewaschungen mit Chlorkalklösungen, die Sterblichkeit in der Wiener geburtshülflichen Klinik, die er leitete, auf den vierten Teil heruntergegangen war, vermochte er seinen Anschauungen doch keine allgemeine Geltung zu verschaffen, da sie zu sehr von den damals geltenden Hypothesen abweichen. Der aufreibende Kampf für seine Ueberzeugung, vor allem das niederdrückende Gefühl, dass bei einer besseren Einsicht seiner Berufsgenossen Tausende von Frauen gerettet werden könnten, schwächten allmälig seinen klaren Geist, so dass Semmelweis in Geisteskrankheit verfiel und 1865 im Alter von 47 Jahren im Irrenhause starb. Seither ist er längst als der bahnbrechende Märtyrer anerkannt worden!

Das von dem Bildhauer Strobel geschaffene Marmordenkmal stellt Semmelweis stehend in schlichter Haltung in bürgerlicher Tracht dar, in der linken Hand seine Bücher. Auf dem Sockel sitzt eine junge Mutter, mit ihrem Säugling im Arm, und richtet ihren Blick voll Verehrung auf den grossen Arzt.

— Lepra in der Schweiz. Prof. Jadassohn (Bern) hat in Verbindung mit Walliser Aerzten fünf Leprakranke im Kanton Waadt festgestellt. Die Krankheit soll nach der Aussage der Einwohner bereits im Anfang des letzten Jahrhunderts dort bemerkt worden sein. Es handelte sich immer um vereinzelte Fälle. Vielleicht handelt es sich hier um Ueberreste des im Mittelalter in der Schweiz aufgetretenen Aussatzes. Prof. Jadassohn beantragt die Isolierung der Kranken, sie könnten auch in den Hospitälern untergebracht werden, wo Ansteckungen nicht zu befürchten seien, wie es ja im Spital Saint Louis in Paris fast immer Leprakranke gebe.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 23. Sept. d. J. 11391 (154 mehr als in der Vorwoche), darunter 1340 Typhus — (24 wen.), 1148 Syphilis — (4 mehr), 491 Scharlach — (38 mehr), 312 Diphtherie — (34 mehr), 54 Masern — (5 mehr), und 11 Pockenkranke — (4 mehr als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 17. bis zum 23. Sept. d. J. im ganzen 699 (409 M., 290 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 36, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 13, Scharlach 31, Diphtherie 35, Croup 0, Keuchhusten 9, Croupöse Lungenentzündung 11, Erysipelas 4, Grippe 2, Katarrhalische Lungenentzündung 58, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberkulose der Lungen 83, Tuberkulose anderer Organe 23, Alkoholismus und Dilirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 45, Marasmus senilis 29, Krankheiten des Verdauungskanals 64, Totgeborene 39.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 17. Okt. 1906.

Tagesordnung:

I. Küttner, Kasuistik: 1. Zwei Fälle von Pubiotomie.
2. Ein Fall von Atresia hymenalis, Hämatocolpos — metra — salpinx.

II. v. Wahl, Ueber Fehlerquellen bei Gonokokkenuntersuchungen.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 28. Okt. 1906.

Tagesordnung: Kernig: Ueber die Flexionskontraktur im Knie bei Meningitis.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3malgespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. **R. Wanach** in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 42 St. Petersburg, den 21. Oktober (3. November). **1906.**

Ueber Fehlerquellen bei Gonokokkenuntersuchungen.

Von

A. von Wahl.

In den letzten Jahren sind mir mehrfach Anerbietungen von verschiedenen Laboratorien gemacht worden die bakteriologischen Untersuchungen auf Gonokokken zu übernehmen, — ich habe stets absagen müssen, weil das den Laboratorien zugeschickte Material zu diesem Zwecke meistens völlig ungeeignet ist. Die direkte Folge solcher Untersuchungen sind Fehlerdiagnosen und die mikroskopische und bakteriologische Gonokokkenuntersuchung wird unter solchen Umständen mit Recht angefochten. Doch liegt dieses nicht an der Unzulänglichkeit der Methode, vielmehr ist dieselbe eine der exaktesten in der Medizin überhaupt, — und giebt mathematisch sichere Resultate; nur dürfen durch die Art der Zustellung des betreffenden Materials keine Fehlerquellen erzeugt werden. Die besten Vorkenntnisse genügen nicht, die Resultate werden falsch sein, wenn man nicht eine Reihe von Vorsichtsmassregeln ergreift, die die biologischen Eigenschaften der Gonokokken verlangen, und die von Aerzten und Patienten berücksichtigt werden müssen, wenn sie an die Laboratorien die Anforderung einer richtigen Diagnose stellen.

Es ist um so wünschenswerter die Fehlerquellen zu kennen, weil sie sehr leicht zu beseitigen sind.

Als wichtigste derselben würde ich den zur Untersuchung gebrachten Harn nennen. Der Harn ist für die Gonokokken kein Nährboden, sie sterben in demselben relativ schnell ab.

Meine diesbezüglichen Untersuchungen in den Jahren 1898—99 haben im allgemeinen ergeben, dass 15—27 Stunden nach dem Urinieren, im Harn kein Gonokokkus mehr lebensfähig ist.

Die Untersuchungen wurden folgendermassen angestellt. Frisch gelassener Harn eines an profus eiternder nicht behandelter Gonorrhoe leidenden Kranken wurde in reinen Pokalen aufgefangen und hiervon mit Pipetten oder dazu geeigneten Platinösen auf Nährböden in Petrischalen gestrichen. Dieses wurde alle 2—3 Stunden wiederholt. Dabei ergab sich folgendes. Während sich auf den zuerst beimpften Petrischalen längs allen Strichen nach 24 Stunden dicke Rasen von Gonokokkenkolonien gebildet hatten und einzeln stehende nicht vorkamen, so war schon auf der folgenden Impfung, 2 Stunden nach dem Urinieren, der Rasen nicht mehr so üppig, — hie und da sah man einzelne Kolonien. Je später nach der Miction die Impfung vorgenommen war, um so geringer war die Anzahl derselben. Nach etwa 6—8 Stunden waren beinah alle aufgekommenen Kolonien einzelstehend — ein Zeichen, dass sich die Zahl der lebensfähigen Keime bedeutend verringert hatte.

Später nehmen dieselben rapid ab, und meistens nach 18—24 Stunden, finden wir keine Gonokokkenkolonien mehr.

Dagegen lassen sich im mikroskopischen Präparat nach 6—8 Stunden meistens keine Gonokokken mehr mit Sicherheit nachweisen, und schon nach 3 Stunden bereitet das Auffinden derselben in dem zersetzten Eiter grosse Schwierigkeiten. Mitunter geht das Absterben der Gonokokken schneller von Statten, mitunter langsamer, was wohl von den Eigenschaften des betreffenden Harns abhängig ist. Eine wichtige Rolle spielt in dieser Hinsicht die Konzentration desselben: konzentrierter Harn wirkt schädigend auf die Gonokokken. Es ist daher nicht ratsam, wie es noch vielfach gebräuchlich ist Morgenharne für Gonokokkenuntersuchungen zu benutzen. Zudem sind im Morgenharn fast immer Schleimbeimischungen welche die Arbeit nur erschweren. Handelt es sich um Fäden, so gelten selbstverständlich dieselben Regeln, — doch ist auch hier einiges zu beachten. Wird der Harn in einer Flasche gebracht, so ist er gründlich durchgeschüttelt, und wenn nur wenig Gonokokkenhaltige Fäden vorhanden waren, so sind sie meistens durch das Schütteln vollständig zerteilt, und

schwimmen im Harn als kleinste kaum sichtbare Pünktchen umher.

Hier Gonokokken zu finden, wenn wenig waren, ist fast unmöglich, während sie im zusammenhängenden Fädchen ganz leicht nachweisbar gewesen wären. Auch die Zentrifuge hilft dann nichts, ganz abgesehen davon, dass sie die Untersuchung sehr kompliziert. — Einzelne zentrifugal erhaltene Gonokokken haben ihre typische Lagerung verloren und sind diagnostisch nicht mehr zu verwerten; andere Bakterien und Diplokokken, die häufig im Harn vorhanden sind erschweren die Diagnose, was bei der Untersuchung von zusammenhängenden Fädchen (schon wegen der typischen Lagerung der Gk.) wegfällt. Zur Vermeidung von Fehlern muss also der Harn stets im betreffenden Laboratorium gelassen werden und muss die Entnahme des Untersuchungsmaterials sofort geschehen, damit wir tadellose Resultate erzielen.

Eine sehr wichtige Vorbedingung zum Gelingen der Untersuchung ist ferner der Umstand, dass sich der Patient vor derselben nicht behandelt, vor allem, dass er eine gewisse Zeitlang keine Lokalbehandlung, Injektionen etc., angewandt haben darf.

In den Publikationen, die neue Antigonorrhoica anpreisen, wird vor allem darauf hingewiesen, dass die Gonokokken aus dem Sekret sehr rasch verschwinden, und meistens schon nach 1 Woche keine mehr aufzufinden sind, (allerdings, gewöhnlich, mit dem Zusatz, dass falls die weitere Behandlung unterlassen wird, sie nach einiger Zeit wieder erscheinen). In Betreff fast sämmtlicher Mittel, die gegen die Gonorrhoe vorgeschlagen worden sind, ist das durchaus zu bestätigen, es genügt mitunter, dass man einen Wattebausch mit Bleiwasser auf die Eichel legt um im profusen Eiter keine oder nur sehr spärliche Gonokokken zu finden, so empfindlich sind sie gegen jegliches Desinfiziens.

In der ersten Zeit meiner Arbeit machte ich während der Behandlung häufige Kontrolluntersuchungen, um diesbezüglich Rückschlüsse auf die einzuschlagende Therapie ziehen zu können. Aber die Gonokokken waren meistens nicht zu finden, und erst wenn das Medikament eine Zeitlang ausgelassen wurde, so tauchten sie wieder auf. Ich modifizierte daher die Untersuchungen derart, dass ich sie etwa 12—18 Stunden nach der Injektion vornahm, aber auch dann waren die Resultate sehr verschieden, und wenn negativ, nicht massgebend. Das häufige Aussetzen der Behandlung, selbst nur auf 12—18 Stunden, beeinflusste jedoch schädlich den Verlauf der Krankheit, indem es dieselbe in die Länge zog. Die Untersuchung während der Behandlung, ist also zum mindesten nutzlos und wenn sie mit häufigen Unterbrechungen der Kur verbunden ist auch direkt schädlich. In einem Fall würde ich übrigens eine Ausnahme machen, und zwar dann, wenn der Arzt sich überzeugen will, ob der Patient sich auch wirklich gut spritzt. Findet man etwa nach einer Woche nach Beginn der Behandlung noch Gonokokken, so kann man mit Sicherheit annehmen, dass der Patient die Injektionen nicht gut ausführt.

Von praktischem Wert ist nun die Frage, wie lange muss man nach Beendigung der Behandlung warten um genügend genaue Resultate bei der Untersuchung auf Gonokokken zu erzielen.

Es hängt dies natürlich von der Art der Behandlung ab. Je länger und energischer sie ausgeführt worden ist, um so längere Zeit wird verstrichen, bis zum ersten Erscheinen der Gonokokken im Sekret.

Meine Erfahrungen diesbezüglich habe ich vorzugsweise an den von Neisser in die Therapie eingeführten prolongierten Injektionen mit Silberpräparaten gemacht, deren entschiedener Anhänger ich bin. Bei der so angestellten ca. 3—4 Wochen energisch durchgeführten Kur, treten die ersten Gonokokken, falls solche noch vorhanden sind, gewöhnlich erst nach 3 Tagen, selten schon nach 48 Stunden auf. Es giebt aber auch Fälle, in denen sich die Gonokokken erst viel später zu vermehren anfangen, so dass sie im mikroskopischen Bilde erst nach einer, ja selbst nach 2—2½ Wochen nachweisbar sind. Es sind mir ein paar solche Fälle vorgekommen. In einem trat der Ausfluss erst 3 Wochen nach der Infektion auf und nach Unterbrechung der energischen Behandlung zeigte er sich erst nach 4 Wochen, während die Gonokokken bereits nach 2 Wochen im spärlichen Sekret, das aus der Urethra mit der Platinöse herausgenommen wurde, vorhanden waren.

Eine Erklärung für dieses Verhalten der Gonokokken finde ich zum Teil im anatomischen Bau der Harnröhre, die mit Drüsen besät ist, die sehr verschieden lange und vielfach gewundene Ausführungsgänge haben. In der vorderen Harnröhre sind es die Littre'schen und Cowperschen Drüsen (die Morgagnischen Lakunen spielen, wie es scheint, keine wesentliche Rolle), in der hinteren die Prostata.

Bei einer Urethritis anterior, z. B., die wir mit Injektionen behandeln wird die Oberfläche der Schleimhaut bespült und die Gonokokken auf derselben getötet. Wenn wir nun die Flüssigkeit eine zeitlang in der prall gefüllten Harnröhre halten, so ist es sehr wahrscheinlich, dass ein Teil des Desinfiziens auch in die tieferen Schichten des Epithels eindringt, und auch da imstande ist die Gonokoken zu vernichten. Wenigstens lehren das die Erfahrungen mit starken Protargolinjektionen. Der Harn (die I Portion) wird vollständig trübe, es tritt ein dicker weisser Ausfluss auf und bei mikroskopischer Untersuchung erweist sich die Trübung und der Ausfluss aus zusammenhängenden Epithelien bestehend; es schwimmen sogar ganze Epithelfetzen, ja Abdrücke der Harnröhre (aus Epithelien) im Harn, und trotzdem können nach Aussetzen der Behandlung doch noch Gonokokken vorhanden sein.

In solchen hartnäckigen Fällen habe ich immer ein- und dasselbe endoskopische Bild gesehn; — die Schleimhaut ist ziemlich normal, aber meistens an mehreren, selten an einer Stelle finden wir die erweiterte gerötete Oeffnung einer Littre'schen Drüse. Das sind die sogen. Schlupfwinkel der Gonokokken, und da sind sie schwer zu vernichten, da die Gänge eine beträchtliche Länge haben und häufig stark gewunden sind.

Wir können diese Verhältnisse am besten an periurethralen und praeputialen Gängen studieren, und es wird uns begreiflich, dass selbst bei längerem Halten die Flüssigkeit nicht immer imstande sein wird, die in der Tiefe eines solchen Kanals sitzenden Gonokokken zu erreichen.

Unterbrechen wir nun die Behandlung und ist das Medikament endgiltig durch das Urinieren abgespült, so fangen die überlebenden Gonokokken wieder an sich zu vermehren, und je nachdem ob sie stärker oder schwächer lädiert worden sind, geht dieser Prozess schneller oder langsamer vor sich. Allmählich erreichen sie die Oberfläche der Harnröhre, und klinisch bildet sich wieder das typische Bild der Gonorrhoe aus. Gewöhnlich reagiert aber die Schleimhaut nicht mehr so stark auf die eigenen Gonokokken, und der Prozess geht ziemlich langsam und milde vor sich.

Ist nun eine Drüse weit vom Orificium ext. ergriffen, so dauert es mitunter lange bis die Gonokokken vorne

am Orificium erscheinen, während wir sie in einzelnen Fädchen in grossen Massen finden können, allerdings brauchen in anderen, die aus näher oder weiter gelegenen Partien stammen, keine zu sein. Es ist also von Wert nicht nur den Ausfluss, sondern auch die Fäden zu untersuchen.

Ist auch die hintere Harnröhre mit ihren Drüsen angegriffen, so ändert das in dem Verhalten der Gonokokken nichts, in spätestens 3 Wochen nach der letzten Injektion werden die Gonokokken, wenn überhaupt vorhanden, stets im Harnröhrensekret nachweisbar sein.

Die sehr verbreite Ansicht, dass *die Gonokokken sich für einige Zeit verkapseln können*, um dann nach Monaten oder selbst Jahren wieder aufzutreten, ist, meiner Ansicht nach, *vom klinischen Standpunkt unhaltbar.* Eine Verklebung von Drüsenausführungsgängen kommt nur im akuten Stadium vor, und ist mit solchen Erscheinungen verbunden, die weder vom Arzt noch vom Kranken übersehen werden können.

Diese Fälle kommen aber bei Erteilung des Ehekonsenses überhaupt nicht in Betracht. Bei all den subakut oder chronisch verlaufenden Gonorrhoeen kommt eine Verklebung nie vor.

Auch dieses können wir sehr demonstrativ an den infizierten paraurethralen und praeputialen Gängen beobachten, die nur dann verkleben, wenn eine Exacerbation des Prozesses eintritt.

Auch die endoskopischen und anatomischen Untersuchungen haben bis jetzt nicht beweisen können, dass eine Verklebung, id est Verkapselung der Gonokokken, stattfindet. — Das sind nur Hypothesen, die durch keine faktischen Daten begründet sind.

Es ist klar, dass gerade die Frage, ob die Gonokokken sich verkapseln können oder nicht, die wichtigste ist bei Beurteilung des Wertes der mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchung. Denn wäre das möglich, so können ja natürlich unsere negativen Befunde keinen Wert beanspruchen. Ich will daher diese Frage in einer speziellen Arbeit genau besprechen, für den jetzigen Zweck genügen diese kurzen Ausführungen.

Es ist gleich, ob die Gonokokken in der Prostata oder in den Littre'schen Drüsen sitzen, wenn sie vorhanden sind, so treten sie im Verlauf von 2—3 Wochen stets in der Harnröhre auf, und wir werden sie immer daselbst nachweisen können.

Daraus geht auch hervor, dass die Untersuchungen von Prostatasekret, Samen etc., durchaus überflüssig sind. In der Tat habe ich auch niemals im Prostatasekret, im Samen oder im Sekret der Littre'schen und Cowper'schen Drüsen Gonokokken finden können, wenn solche in der Harnröhre nicht vorhanden waren, vorausgesetzt natürlich, dass keine Behandlung vorausgegangen war.

Fehlerquellen können die vielfach empfohlenen *Provokationsinjektionen* hervorrufen. Wenn wir eine chronisch verlaufende Gonorrhoe vor uns haben und abends eine energische Argent. nitr. oder Sublimatinjektion machen, so werden wir am nächsten Tage wohl einen stärkeren Ausfluss, nicht aber Gonokokken finden. Wenn wir aber dadurch wirklich eine Exacerbation des gonorrhoischen Prozesses mit Vermehrung der Gonokokken vorfinden, so ist das nur ein Beweis dafür, dass der Prozess noch sehr akut war, und die Gonokokken sich besser nachweisen liessen, wenn wir die Behandlung unterbrochen hätten. Die Provokationsinjektionen halte ich also für unbedingt kontraindiziert.

Die Provokation mit Sonden ist insofern bedenklich, als wir die Gonokokken dadurch in die hintere Harnröhre transportieren können, wenn sie vorne noch vorhanden waren. Als einzig gute Provokation kann man die alt bekannte „Bierprobe" gelten lassen, ich behaupte aber, dass wir auch ohne jegliche Provokation Gonokokken finden, wenn welche vorhanden sind.

Die *gebräuchlichen inneren Mittel* üben ebenfalls einen schädigenden Einfluss auf die Gonokokken in der Harnröhre aus, doch ist ihre Wirkung viel schwächer — am stärksten ist sie noch ausgeprägt bei den *Balsamica* in erster Linie beim Copaivabalsam und dem Sandelöl. Auch hier sehen wir mitunter nach starken Dosen die Gonokokken verschwinden. Meistens sind sie aber doch noch im Ausfluss mikroskopisch nachweisbar, während sie auf den Nährböden schwächer gedeihen. Besonders äussert sich das in Präparaten und auf Kulturen, die aus dem Harn angelegt worden sind. Im Harn eines Patienten der Ol. Santali eingenommen hat, finden sich schon in der kürzesten Zeit keine Gonokokken mehr, und besonders ist es hier, dass gerade die Kulturen früher versagen und dann erst das Mikroskop. Die Salizylpräparate wirken viel schwächer und in den gebräuchlichen Dosen kaum merkbar. Auffallenderweise beeinflusst gerade das Urotropin die Gonokokken sehr wenig.

Aber selbst in den Fällen, wo wir durch innere Medikation die Gk. auf der Oberfläche der Harnröhre vertilgen, vergeht die Wirkung sehr schnell und spätestens in einigen Tagen nach Einstellung des Mittels lassen sich die Gonokokken wieder nachweisen.

Die mikroskopische und bakteriologische Untersuchung auf Gonokokken ist also bei Beobachtung der oben genannten Vorsichtsmassregeln eine der genauesten Methoden, die wir überhaupt in der Medizin besitzen, allerdings, und dieses will ich besonders unterstreichen in Händen eines geübten Untersuchers. Es genügen nicht allgemeine bakteriologische Vorkenntnisse um gute Gonokokkendiagnosen zu stellen, man muss unbedingt eine spezielle Vorbildung in dieser Beziehung haben. Dass bei nicht sehr genauer Kenntnis Fehlerdiagnosen leicht vorkommen können, wird verständlich, wenn man bedenkt, wie gross die Bakterienflora der Urethra ist. Ich erlaube mir auf meine Dissertation *) zu verweisen, der photographische Aufnahmen von Reinkulturen der Bakterien beigefügt sind, die alle im normalen Harnröhrensekret vorhanden sein können.

Bei genauer Durchsicht dieser Kulturen sieht man wie die einzelnen Diplokokken den Gonokokken ähnlich sind, — man sieht sogar, dass in den Stäbchenkolonien einzelne Exemplare vorkommen, die Gonokokken vortäuschen können. Wenn wir jetzt noch in Betracht ziehen, dass ausser den erwähnten Diplokokken, die in der normalen Urethra leben, es eine Masse giebt, die unter pathologischen Verhältnissen auftreten oder als zufällige Beimischung vorhanden sind, so muss es uns auf den ersten Blick unwahrscheinlich vorkommen, dass wir überhaupt auf mikroskopischem Wege imstande sind, die einzelnen Formen zu differenzieren, und die Gonokokken herauszufinden.

Im allgemeinen werden nur die negativen Befunde angegriffen, während den posotiven mehr oder weniger Glauben geschenkt wird. Die oben erwähnten Photographien zeigen aber, dass man sich gerade in der Diffe-

---

*) Къ вопросу о значенiи способа Грама при изслѣдованiяхъ перелойнаго выдѣлимаго у мужчинъ (Маттерiалы къ изученiю бактерiальной флоры уретры) 1904 г.

renzierung zwischen Gonokokken und Diplokokken täuschen kann, also die positiven Diagnosen mehr Zweifel verdienen als die negativen. Diese Erfahrung habe ich auch stets machen müssen, besonders bei Ehekandidaten, die mit einem Stoss von sich widersprechenden Analysen aus verschiedenen Laboratorien zu mir kamen, in denen sich die negativen Resultate auf Grund sehr sorgfältiger mikroskopischer und kultureller Nachprüfung und späterer Beobachtung der Kranken — die Frauen wurden nicht infiziert — als die richtigen erwiesen, während die positiven zweifellos falsch waren.

Unsere Kenntnisse über die Eigenheiten der Gonokokken sind aber heutzutage so fortgeschritten, dass wir unbedingt die Diagnose stellen können, und fast immer schon mit dem Mikroskop. Die Gonokokken haben eine so typische Lagerung — ich meine hier nicht nur die Lagerung in Zellen, sondern auch wie die einzelnen Individuen sich zu einander verhalten — sie haben ferner so spezielle Färbeeigenschaften, dass ein Differenzieren in der Regel mit Sicherheit möglich ist, und nur in den seltensten Fällen werden wir zur Kultur greifen müssen, um die Diagnose zu sichern.

Da die einzelnen Diplokokkenindividuen einander so ähnlich sind, so ist es klar, dass wir auf Grund eines oder einiger Diplokokken, niemals Gonokokken diagnostizieren können, wir können höchstens Verdacht schöpfen, dass es sich um Gonokokken handelt. Ich hebe das besonders hervor, weil mir mehrfach Analysen gezeigt worden sind, in denen vermerkt war, dass ein oder zwei typische Gonokokken gefunden worden sind, einmal hatte der Untersucher sogar nur «Spuren» von Gonokokken gefunden.

In diesen „Spuren“ liegt entschieden ein Zweifel, den der Untersucher in seine eigene Untersuchung hineinlegt, und insofern verstehe ich ihn vollständig. In der Bakteriologie giebt es aber kein Zweifeln, wie mir das ein sehr tüchtiger Bakteriologe auseinandersetzte. An die Bakteriologen wird die Frage gestellt, sind Gonokokken oder nicht und sie haben zu antworten: „ja“ oder „nein“, eine ausweichende Antwort darf nicht gegeben werden. Und diese Frage wird wohl auch von den anderen Untersuchern ebenso beantwortet, denn ich habe in den vielen Analysen, die mir zu Gesicht gekommen sind, nie eine andere Antwort, als „ja“ oder „nein“ gefunden. Dieser Satz ist von prinzipieller und praktischer Bedeutung, denn in all den Fällen, wo Zweifel vorliegen, und die kommen vor, ist es der reine Zufall, wie die Diagnose ausfällt und hängt es einzig und allein von der Laune des Untersuchers ab, ob er seinen Zweifeln einen positiven oder negativen Ausdruck giebt. Wir sind auf Grund einer einzelnen Untersuchung häufig ebenso wenig imstande unser Urteil abzugeben, wie es auch auf den anderen Gebieten der Medizin der Fall ist. Nur ist der Unterschied der, dass wir bei richtigem Untersuchungsmaterial und bei Vermeidung besprochener Fehlerquellen stets imstande sind, wenn nicht in einer, so in mehreren Untersuchungen (gewöhnlich drei, aber fast nie über fünf) zu mathematisch genauen Resultaten zu gelangen und schliesslich können wir immer noch zur Kultur greifen.

Ich stehe also genau auf dem Standpunkt der Bakteriologen. Wir müssen «ja» oder «nein» antworten, nur verlange ich, dass wir unsere Ansicht nicht auf ein unsicheres Präparat gründen, und wenn wir ein solches vor uns haben, dass wir keine endgiltige Antwort geben, bevor wir uns nicht durch weitere Untersuchung ein sicheres Urteil gebildet haben.

Kurz zusammengefasst, muss man also folgende Bedingungen beobachten um zuverlässige Resultate bei Gonokokkenuntersuchungen zu erhalten:

1) Muss das zu untersuchende Material frisch sein. Handelt es sich um Harn, so muss derselbe vor dem Untersucher gelassen werden, und die verdächtigen Fäden, resp. die Trübung, müssen sofort aufs Deckglas gebracht und fixiert werden.

2) Darf vorher keine Lokalbehandlung stattgefunden haben. Gewöhnlich genügen 3 Tage Pause in der Behandlung, in seltenen Fällen sind jedoch 2—3 Wochen nötig. Handelt es sich um einen Ehekonsens, so muss diese Zeit unbedingt eingehalten werden. Auch die innere Behandlung muss einige Tage vor der Untersuchung eingestellt werden.

3) Sind unbedingt sowohl das Sekret aus der Harnröhre wie auch die Fäden zu untersuchen. Selbst wenn kein sichtbarer Ausfluss vorhanden ist genügt es nicht die Fäden allein zu untersuchen. Es kommt garnicht selten vor, dass die Fäden von der alten abgeklungenen Gonorrhoe stammen, daher Eiterzellen, aber keine Gonokokken enthalten, während vorne Gonokokken in der geringen Sekretion vorhanden sind, die im Harn jedoch als kleinste kaum sichtbare Pünktchen herumschwimmen, und selten und nur mit Mühe auf das Deckglas gebracht werden können.

Das gesagte gilt hauptsächlich für Männeruntersuchungen, bei Weibern muss man wohl stets wegen der Masse des Untersuchungsmaterials bei negativen Befunden zur Kultur greifen.

Das Material, auf Grund dessen ich diese Schlussfolgerungen ziehe, sind viele tausende von mikroskopischen Untersuchungen mit häufigen Kontrolluntersuchungen mit Kulturen, und die Beobachtungen, die ich an den Kranken im Lauf von 10 Jahren gemacht habe.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

A. Forel: Sexuelle Ethik. Ein Vortrag mit Anhang: Beispiele ethisch-sexueller Konflikte aus dem Leben. München. Ernst Reinhardt. 1906.

In diesem glänzend geschriebenen Vortrag entwickelt der Verfasser in grossen Zügen seine sexuell-ethischen Anschauungen, die er auch in seinem gross angelegten Werk «Die sexuelle Frage» dargelegt hat. Von der Unzulänglichkeit der herrschenden überlieferten Moralbegriffe ausgehend, versucht er die sexuelle Ethik, wie die Ethik überhaupt, auf Grund naturwissenschaftlicher Erkenntniss und sozialen Empfindens neu auszubauen. Denn die sexuelle Ethik ist ihm eine sozial-ethische und zugleich sozial-hygienische Frage. Der Sexualtrieb ist an und für sich weder moralisch noch unmoralisch, es ist ein der Fortpflanzung der Art angepasster Trieb. Ethisch positiv ist nach der Definition des Verf. alles Sexuelle, das den Individuen, der Gesellschaft und vor allem, der Rasse (unseren Nachkommen) qualitativ förderlich ist, ethisch negativ dagegen alles, was denselben schadet, indifferent alles, was denselben weder schadet noch nützt. Damit ist allerdings ein Gesichtspunkt gewonnen, der den Vorzug einer allgemein gültigen, von jeweiliger Anschauung, religiösem Bekenntniss oder Erziehung unabhängigen Norm bietet und eine einheitliche ethische Bewertung sexueller Dinge gestattet. Danach kann z. B. auch die normale Fortpflanzung unter Umständen unmoralisch werden, wenn sie nämlich zur Ueberproduktion minderwertiger Individuen führt. Eine gesunde Rassenethik fordert daher auch eine gesunde Auswahl bei den Zeugungen. Obwohl Verf. den Mann für polygam angelegt hält, redet er doch einer vernünftigen Zügelung und Dämpfung auch des normalen Triebes, seiner möglichst monogamischen Betätigung das Wort. «Mit dem vorhin Gesagten soll somit keineswegs behauptet werden, dass jeder Mensch seinen sexuellen Gelüsten ohne Weiteres nachgehen solle. Diese grundfalsche Interpretation der freien Ehe und Liebe wird leider heute oft angetroffen, und man kann

ihr nicht energisch genug entgegentreten»... «Die höchste Freiheit des Menschen besteht in der Selbstbeherrschung. Nur der Mensch ist wahrhaftig frei, der über seine niederen Triebe Herr wird».... Die Zeugungsfähigkeit des normalen reifen Mannes ist immer viel grösser als zur Erhaltung der Art unbedingt notwendig. Daraus ergiebt sich ohne weiteres, dass unsere oft ins Ungeheure gehende Züchtung des Sexualtriebes aus Genusssucht ethisch eine sozialhygienisch negative ist». Eine verhängnissvolle Rolle spielt hierbei der Alkoholgenuss! «Sexuell-ethisch indifferent ist auch der normale Beischlaf nur dann, wenn dadurch weder der eine noch der andere Teil noch auch das etwa gezeugte Kind geschädigt wird, und wenn keinerlei Zwang, Ausbeutung oder Verführung dabei im Spiele ist». Inbezug auf die Forderung voller Keuschheit beider Geschlechter vor der Ehe sagt Verf.: «Wer dieses durch Selbstüberwindung fertig bringt, gewinnt entschieden das grosse Loos im Leben, vorausgesetzt, dass er nicht zu spät heiratet...». «Das ethisch-sexuelle Ideal ist entschieden eine auf gegenseitiger dauernder Liebe und Treue beruhende, mit einigen Kindern gesegnete monogamische Ehe, bei welcher der Mann etwa 6—12 Jahre älter sein mag als die Frau und beide gesund und tüchtig sind. Damit jedoch diese Ehe ganz das wird, was sie sein soll und kann, muss sie durchaus frei sein, d. h. es sollen beide Ehegatten absolut gleichberechtigt sein, und kein anderer äusserer Zwang als die Pflichten den erzeugten Kindern gegenüber darf die Ehe kitten: Die eheliche Treue sei Vertrauens- und Ehrensache. Für die unehelichen Kinder verlangt Verf. gesetzliche Gleichstellung mit den ehelich geborenen. Das Zivilrecht wäre in dieser Richtung zu reformieren, jede Schwangerschaft sollte legalisiert, jede Vaterschaft standesamtlich angegeben werden können. Freiwillige Eheverträge sollen «als das Schönste, Wahrste und Natürlichste» immer zu Recht bestehen bleiben, doch soll die Scheidung unglücklicher Ehen vom Gesetz nicht zu sehr erschwert werden.

Sexuell-ethisch durchaus negativ, mithin absolut verwerflich ist die «käufliche Liebe» in jeder Gestalt, als: Prostitution, Erwerbskuppelei, bezahltes Konkubinat und — Geldehe. Die Prostitution nennt Verf. geradezu «die hohe Schule aller sexuellen Laster und Abnormitäten» «die reinste Fabrik venerischer Krankheiten»... «Uebrigens ist der käufliche Beischlaf keine Liebe. Es ist eine Art, den Sexualtrieb zu befriedigen, die entschieden tiefer steht als die Onanie».

Und wer die Prostitution benutzt, macht sich zum Mitschuldigen an der Schaffung und Verführung dieser elenden Klasse von Parias der Gesellschaft, die man Dirnen nennt.

Kurz, Kuppelei und Prostitution sind ein sozialer Krebsschaden und daher im höchsten Grade unmoralisch».... weiter: «Es ist traurig genug, dass diese allerschlimmsten Auswüchse der Unmoralität im sexuellen Gebiet sich noch vielfach des Schutzes des Staates und vieler Aerzte unter dem Vorwand der Hygiene erfreuen. Gerade hier kann man sehen, dass die soziale Hygiene und die Ethik eins sind. Nur die bornierte Einseitigkeit des Spezialisten konnte eine solche Monstrosität, wie die staatlich organisierte Kuppelei, als hygienisch bezeichnen. Was die Rasse geistig und körperlich ruiniert kann nicht sozialhygienisch sein, und der Wahn, dass die Menschen dadurch vor venerischen Krankheiten geschützt wären, kann den Tatsachen gegenüber nicht mehr bestehen. «Dass die sexuelle Ethik als Hauptaufgabe die Sanierung dieses Sumpfes vor Augen haben muss, liegt auf der Hand». Ref. hat es sich nicht versagen wollen, im Vorstehenden einige der beredtesten und kräftigsten Worte des Verf. anzuführen und zitierte deren gern noch mehr. Zum Schluss bespricht Verf. noch kurz die verschiedenen patholog. Perversionen des Sexualtriebes, für die er als Psychiater gerechterweise eine zeitgemässe Abänderung des Strafrechts fordert.

Sind wir bisher den Ausführungen des Verf. gefolgt, so müssen wir nun auch auf einige Punkte hinweisen die nicht unwidersprochen bleiben dürfen.

Dahin gehört die Empfehlung weitgehender Anwendung der angeblich ganz harmlosen Präservative zur Verhütung der Konzeption zwecks «Sterilisierung» der zur Zuchtwahl ungeeigneten, ferner die Behauptung, bei «grosser Einfachheit der Sitten» sei auch heute eine frühe Heirat nimmer möglich. Nicht recht verständlich ist auch die krasse Ablehnung jeder auf religiöser Ueberzeugung beruhenden Moral, wo diese doch in ihren praktischen Konsequenzen vielfach auf die gleichen Forderungen herauskommt wie die hier entwickelte sexuelle Ethik, nämlich: Keuschheit, Monogamie, eheliche Treue, Verbot der Hurerei u. v. a. Gerade in den religiösen Sittengesetzen gehen oft genug Moral und soziale Hygiene Hand in Hand! — Endlich stellt Verf. sich auf einen ausgesprochen sozialdemokratischen Standpunkt, wenn er sich gegen die «alles korrumpierende private Geldherrschaft» mit derselben Energie wendet wie etwa gegen den Alkoholismus und jene wie diesen als die beiden Drachen bezeichnet, die niedergekämpft werden müssen.

Alles in Allem — eine höchst beachtenswerte Schrift, eine bedeutsame Aeusserung zu einer der wichtigsten sozial-ethischen Fragen unsrer Zeit. Mit Feuereifer und tiefem sittlichen Ernst greift Verf. von neuen Gesichtspunkten aus die gegenwärtig herrschenden unhaltbaren sexuellen Zustände an. Jeder, dem an ihrer Sanierung gelegen ist, wird ihm dafür Dank wissen — auch derjenige, der seine Ethik nicht mit dem Verf. auf materialistisch sozialistische Grundlagen gestellt wissen will.

Blessig.

Die Behandlung der Krankheiten der Nase und des Nasenrachens. Von Prof. Dr. A. Onodi (Budapest) und Prof. Dr. A. Rosenberg (Berlin). Verlag von Oscar Coblentz. Berlin. 1906.

Vorliegendes Buch ist vorzugsweise der Therapie der Nasenkrankheiten und der mit ihnen eng zusammenhängenden Affektionen des Nasenrachens und der Nebenhöhlen gewidmet und ist hauptsächlich für den Anfänger und praktischen Arzt bestimmt. Die langjährige Erfahrung hat den Autoren gezeigt, dass eben dies Gebiet von den Anfängern am schwierigsten erlernt wird. Dementsprechend werden von den Autoren nur die zuverlässigen, erprobten und allgemein in ihrer Wirksamkeit anerkannten Behandlungsmethoden genau beschrieben, während Streitfragen nur kurz gestreift werden. Das recht umfangreiche Werk (488 Seiten) zerfällt in zwei Teile, einen allgemeinen und speziellen. Im ersten werden die Behandlungsmethoden, die dazu nötigen Instrumente, ihre Konstruktion und Handhabung beschrieben, im zweiten — die einzelnen Erkrankungen und ihre Therapie. Besonders ausführlich wird die Therapie der Nebenhöhlenaffektionen besprochen. Die Darstellung ist überall klar, gründlich und den Gegenstand vollständig erschöpfend. 209 vortreffliche Abbildungen illustrieren den Text und zeichnen das Werk in sehr dankenswerter Weise aus. Wir können deshalb dem Werke den besten Erfolg wünschen in der Ueberzeugung, dass es unter den Aerzten und Studierenden eine grosse Verbreitung finden wird.

A. Sacher.

Enzyklopädie der praktischen Medizin, herausgegeben von Dr. M. T. Schnirer und Prof. Dr. H. Vierordt. VII. und VIII. Lieferung mit zahlreichen Abbildungen. Wien 1906, Verl. von Alfred Hölder. Preis pro Lieferung Mark 4,80.

Von der von uns beim Erscheinen der ersten 6 Lieferungen bereits mit Anerkennung in der St. Pet. med. W. (1905, Nr. 31 und 1906, Nr. 7 und 25) besprochenen Enzyklopädie der prakt. Medizin sind uns jetzt bereits die 7. und 8. Lieferung, enthaltend die Artikel Glykosurie bis Jodoform, zugegangen.

Die VII. Lieferung enthält auf 160 Seiten unter anderen grösseren Artikeln: Die Gonorrhöe, wobei die des Mannes von Dr. Grouven (Bonn) und die des Weibes von J. Neumann (Wien) besprochen wird; ferner Hämatocele retrouterina von Dr. Halban (Wien) und H. scroti von Prof. Payr (Graz), Halsverletzungen von Prof. O. Tillmann (Köln), Operationen an der Hand von Prof. Bunge (Königsberg). Reich illustriert sind die Kapitel: Harn von Prof. Strauss (Berlin), Harnfisteln und Harnröhrenkrankheiten von Prof. Samter (Königsberg) und namentlich in gedrängter Kürze auf 11 Seiten meisterhaft abgehandelte Kapitel über Heilgymnastik (von Prof. Riedinger-Würzburg), welchem 15 instruktive Abbildungen beigegeben sind. Den Schluss des Heftes bildet eine wertvolle Abhandlung von Prof. H. Vierordt über Herzklappenfehler mit einer für die differenzielle Diagnose sehr nützlichen tabellarischen Zusammenstellung der verschiedenen Symptome bei den Klappenfehlern und dem Aneurysma aortae.

Die VIII. ebenso umfangreiche Lieferung beginnt mit den lesenswerten Artikeln über Herzneurosen von Prof. Sticker (Münster) und Herzschwäche von Prof. H. Vierordt (Tübingen) und bringt dann kürzere Abhandlungen über Hydrozephalus von Prof. Bruns (Hanover), Hysterie von Prof. Vierordt und Impotenz von Prof. Posner (Berlin). Ausführlichere Besprechungen sind den Kapiteln über Krankheiten der Hoden von Prof. Payr (Graz), über Hüftgelenkdeformitäten mit zahlreichen Illustrationen von Prof. Hoffa (Berlin) und Prof. Bunge (Königsberg), sowie den Krankheiten und der operativen Behandlung der Iris von Prof. Elschnig (Wien) gewidmet.

Wie die ersten sechs, so erfüllen auch die beiden eben besprochenen Lieferungen der Enzyklopädie in bester Weise ihren Zweck, dem praktischen Arzt ein zuverlässiger Berater zu sein, bei dem er sich in seiner Berufstätigkeit wenn nötig schnell und gut Rat schaffen kann.

Bernhoff.

Günther, Carl: Einführung in das Studium der Bakteriologie mit besonderer Berücksichtigung der mikroskopischen Technik. Für Aerzte und Studierende der Medizin. Sechste, vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 93 vom Verfasser hergestellten Photogrammen. Leipzig. Verlag von Georg Thieme. 1906.

Die neue Auflage dieses Werkes, welches den Lesern dieser Zeitschrift nicht nur aus frühern Auflagen, sondern vielleicht aus den russischen Uebersetzungen bekannt sein wird, hat an Umfang bedeutend zugenommen, was sich aus der notwendig gewordenen Umarbeitung verschiedener Kapitel ergeben hat. Dadurch war es nur möglich die Ergebnisse der neuesten Forschungen genügend zu berücksichtigen und von dem derzeitigen Stande der betr. Fragen ein richtiges Bild zu geben. Ein Vorzug des Werkes, schon von seinem ersten Erscheinen bekannt, ist, dass die Kürze der Darstellung nirgends der Klarheit Abbruch tut und das eben ist es, was es besonders schätzenswert für jeden macht, der sich in der Bakteriologie orientieren will.

Es ist vielleicht hier auch am Platz noch zu erwähnen, dass die Technik der Beobachtung der Mikroorganismen eine besonders sorgfältige und klare Darstellung erfahren hat, was als Grundlage zum Verständniss des ganzen Stoffes unumgänglich ist. Da das Buch für den Mediziner bestimmt ist, so werden in erster Linie die pathogenen Mikroben berücksichtigt, wobei die Theorien über Immunität, Bakterizidie etc. eine eingehende Darstellung finden. Ausser den pathogenen Kokken und Stäbchen findet auch der Actinomyces, sowie die Schimmel- und Sprosspilze und auch die Protozoen, die als Krankheitserreger anerkannt sind, die wünschenswerte Behandlung. Endlich sind auch die nicht pathogenen, saprophytischen Bakterienarten erwähnt.

15 Tafeln mit Photogrammen ergänzen den Text und geben in gutes Vergleichsobjekt.

Ucke.

Paul Reckzeh: Berliner Arzeneiverordnungen mit Einschluss der physikalisch-diätetischen Therapie. Für Studierende und Aerzte. Nach der 4. Ausgabe des Arzeneibuches für das Deutsche Reich zusammengestellt. Berlin 1906. Verlag von S. Karger.

Dieses Kompendium enthält die wichtigsten Arzneiverordnungen und physikalisch-diätetischen Massnahmen, welche in der II. medizinischen Klinik zu Berlin und anderen Berliner Kliniken gebräuchlich sind. Es zerfällt in eine allgemeine und spezielle Arzneiverordnungslehre und einen Anhang, in dem die Maximaldosen, die Diagnose und Therapie akuter Vergiftungen, Bemerkungen zur physikalischen und diätetischen Therapie enthalten sind.

Das Werk zeichnet sich durch seine Kürze und doch dabei grosse Uebersichtlichkeit aus, und ist daher als Nachschlagebuch bestens zu empfehlen. Dass es auch von autoritativer Seite Anerkennung gefunden hat, beweist der Umstand, dass es mit einem Vorwort von Geheimrat Kraus versehen ist, in welchem er dem Buche den verdienten Erfolg wünscht. Diesem Wunsche können wir uns nur anschliessen.

Fr. Mühlen.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

786. Sitzung vom 21. März 1906.

Vorsitz.: Blessig. Sekretär: O. Moritz.

1. Arronet: Stauungsbehandlung nach Bier (mit Demonstration eines Patienten).

Diskussion:

Beckmann hat einige Mastitisfälle mit gutem Erfolge nach Bier behandelt. Auch in gynäkologischen Fällen hat er diese Therapie angewandt und scheint es ihm, obschon seine Erfahrungen darüber noch nicht gross sind, dass sie bei richtiger Auswahl der Fälle gute Resultate giebt.

Dombrowsky hält den demonstrierten Fall von gebesserter Kniegelenkstuberkulose nicht für beweisend für die Vorzüge der Stauungsbehandlung, da ähnliche Resultate auch ohne dieselbe, bei genügend langer Ruhekur erreicht werden können. Sobald die betreff. Patienten wieder aufzutreten beginnen, tritt eben meist schnell wieder die Verschlimmerung ein.

Henking hat bei akuten Eiterungen — Panaritien und Phlegmonen — gute Erfolge bei Stauung erhalten. Nur ist die Technik der Bindenanlegung nicht ganz einfach, da leicht zu fest komprimiert werden kann.

Hellat hat die Stauung nicht angewandt, ist jedoch ein Freund der aktiven Hyperämie zu Heilzwecken. Meist ist bei Entzündungsprozessen die Wärme der Eisbehandlung überlegen.

Arronet betont Dombrowsky gegenüber, dass in seinem Fall keinerlei andre Behandlung — wie etwa Streckung oder Kompressen etc. stattgefunden habe; — das Kind ist freilich ohne aufzutreten auf Krücken gegangen. Er glaubt, dass der Fall die Besserung entschieden der Stauung verdankt.

2. Wanach: Ueber sekundäre Verletzungen grosser Gefässe und Nervenstämme durch verlagerte Knochenfragmente bei Schussfrakturen der langen Knochen.

Wanach hat während des russisch-japanischen Krieges ein Lazarett des Roten Kreuzes von 210 Betten in Irkutsk geleitet. Im Laufe eines Jahres wurden 932 Kranke aufgenommen, davon 606 Schussverletzte. Die Kranken kamen selten früher als einen Monat nach der Verletzung in Behandlung, meist viel später. — W.'s Erfahrungen beziehen sich also nicht auf frische Verletzungen, sondern auf den weiteren Verlauf und die spät eintretenden Komplikationen. — Von den 606 Schusswunden betrafen 434 die Extremitäten, davon waren 299 Frakturen, 135 Weichteilverletzungen ohne Fraktur. — Die Frakturen zeichneten sich durch ihre Schwere aus. Lochschüsse waren selten, meist an den Epiphysen, nur vereinzelte an den Diaphysen der Tibia und des Femur. Die gewöhnliche Form der Diaphysenfraktur war der vielfache Splitterbruch mit bedeutender Dislokation der grösseren Fragmente und Versprengung zahlreicher kleiner und kleinster Splitter in die dem Schusskanal benachbarten Weichteile. Die Form der Splitter war sehr mannigfaltig, häufig waren sie ganz spitz oder mit messerscharfen Kanten versehen. Auch an den flachen Knochen (Becken, Schulterblatt) waren ausgedehnte Zertrümmerungen häufig. Entsprechend diesen ungünstigen Formen der Frakturen sah W. häufig starke Verkürzungen der Glieder, übermässige Callusbildung, ausgedehnte Sequestrierungen, Pseudarthrosenbildung durch Weichteilinterposition und Querlagerung loser Knochensplitter zwischen die Frakturenden. Bei den infizierten Fällen nahmen Eiterung und Allgemeininfektion oft einen schweren Verlauf. Allerdings muss hervorgehoben werden, dass W. gerade die schwersten Fälle aus den Sanitätszügen und anderen Hospitälern zugewiesen wurden.

Unter den im späteren Verlauf der Frakturen auftretenden mannigfaltigen Komplikationen verdienen die sekundären Verletzungen der Gefässe und Nerven besondere Beachtung. Die primären, direkten Schussverletzungen der Gefässe und Nerven, die viel häufiger sind, schliesst W. von diesem Bericht aus. — Am meisten sind die Gefässe gefährdet, wenn die Fraktur vereitert oder verjaucht. Entweder wird die Gefässwand durch die Eiterung selbst zur Erweichung und Zerstörung gebracht, oder das Gefäss wird durch einen scharfen Knochensplitter angestochen oder angeschnitten. Die Knochensplitter sind von vornherein sehr beweglich; durch die Jauchung werden die sie etwa noch fixierenden Periostfetzen und die umgebenden Weichteile zerstört und es resultiert eine grosse Höhle, durch die die Gefässe als resistentere Stränge frei hindurchziehen. In dieser Höhle befindet sich frei beweglich, wie in einem Sack, eine Anzahl scharfer und spitzer Splitter, die bei jeder Bewegung durch einander geworfen werden und natürlich bei mangelhafter Fixation der Frakturstelle leicht die Gefässe verletzen. W. führt hierfür 3 prägnante Fälle an, welche die Art. ulnaris, axillaris und subclavia betrafen. Diese Fälle unterscheiden sich von der Arrosion der Gefässe durch Eiterung sowohl zeitlich (Arrosion tritt meist im Laufe der 2. Woche auf, die Verletzung durch Knochensplitter hängt mehr vom Zufall, brüsken Bewegungen u. drgl. ab), als auch durch die Form der Gefässwunde. — Einen seltenen Entstehungsmodus für ein Aneurysma der Art. profunda femoris sah W. in einem Fall, wo die Blutung ½ Jahr nach der glatt geheilten Schussver-

letzung auftrat. Eine scharfrandige Knochenplatte war an der Innenseite des Oberschenkelknochens, auf die Kante gestellt, festgewachsen. Die Art. profunda war über die Kante der Platte gespannt und hatte sich allmälig durchgescheuert.

Im Gegensatz zu den Gefässen sind die Nervenstämme bei den Frakturen um somehr gefährdet, je mehr sich die Fraktur konsolidiert — so weit es sich nicht um primäre Nervenverletzungen handelt. Einklemmung zwischen Knochenfragmente, Quetschung durch Knochencallus kann zu Kompression der Nervenstämme führen, die in leichteren Fällen noch der restitutio ad integrum — nach Beseitigung der Einklemmung — fähig ist, bisweilen aber einen schon primär geschädigten Nerven in grösserer Ausdehnung noch nachträglich völlig vernichten kann. — W. behält sich vor, über eine grössere Anzahl von primären und sekundären Nervenverletzungen bei anderer Gelegenheit ausführlicher zu berichten.

Prophylaktisch ist es von grösster Bedeutung, dass schwere Frakturen in chirurgisch geschulte Hände kommen, dass die Behandlung der Schusswunden streng nach dem Prinzip des Noli tangere geleitet wird, dass die Frakturen gut fixiert werden, und endlich dass die Verwundeten vor langen Eisenbahnfahrten bewahrt werden. Gegen alle diese Forderungen ist im Kriege vielfach verstossen worden. Zum Teil ist dieser Uebelstand auf mangelhafte Organisation zurückzuführen gewesen, indem bei der Verteilung und Anstellung der Aerzte überhaupt keine Rücksicht auf ihre Spezialausbildung genommen wurde. So kam es, dass vielfach die chirurgische Behandlung in nicht chirurgischen Händen lag, während ausgebildete Chirurgen in internen Hospitalabteilungen arbeiten oder Sanitätszüge begleiten mussten. — Was die Behandlung der Gefässverletzungen betrifft, so sind leider auch von chirurgischer Seite bedauerliche Fehler begangen worden. Die Regel, dass ein verletztes Gefäss in loco laesionis zu unterbinden ist, scheint nicht genügend bekannt zu sein. W. kennt mehrere Fälle, in denen durch nichts zu rechtfertigende Kontinuitätsunterbindungen (der Art. iliaca, Art. subclavia) zu Gangräu der Extremität geführt haben.

Jedenfalls hat der Krieg auch auf medizinischem Gebiet eine Reihe von Schäden aufgedeckt, die sicher beseitigt werden können und dringend eine Reorganisation des Militär-Medizinalwesens erheischen.

(Autoreferat).

Die Diskussion wird vertagt.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Das beständige Mitglied des militär-medizinischen Gelehrten Komitees und zugleich beständige Mitglied des Medizinalrats beim Ministerium des Innern, wirklicher Geheimrat Dr. Friedrich Enkhof, ist mit Uniform und Pension verabschiedet worden. Dr. Enkhof steht gegenwärtig im 78. Lebensjahre und hat vor 53 Jahren die Venia practicandi erlangt.

— Das beständige Mitglied des militär-medizinischen Gelehrten Komitees Dr. Konstantin Schenk ist auf sein Gesuch ebenfalls mit Uniform und Pension verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum wirklichen Geheimrat. Dr. Schenk hat das 77. Lebensjahr bereits überschritten und ist seit 52 Jahren als Arzt tätig.

— Graf Nierod ist zum zeitweiligen Präsidenten der Hauptverwaltung des Russischen Roten Kreuzes ernannt worden.

— Die Berliner medizinische Gesellschaft hat den bekannten Laryngo-Rhinologen Prof. Dr. Bernhard Fränkel, Direktor der Universitätsklinik für Hals- und Nasenkrankheiten, anlässlich seines nahe bevorstehenden 70. Geburtstages zum Ehrenmitgliede gewählt. Prof. Fr. war von 1868—1893 Schriftführer der Gesellschaft.

— Vor kurzem beging eine der ersten Frauenärztinnen Amerikas, Dr. Emily Blackwell, ihren 80. Geburtstag. Sie und ihre ältere Schwester waren die Pionierinnen, die den Frauen zum ärztlichen Studium die Wege bahnten. Sie studierte in Edinburg, London und Paris und gründete mit ihrer Schwester später das Womans Medical College in New-York, welches nach langjährigem Bestehen erst geschlossen wurde, als die Cornwell-Universität ihre Tore den Medizin studierenden Frauen öffnete.

— Der bekannte Ophthalmologe Prof. Dr. Arthur v. Hippel, Direktor der Augenklinik der Universität Göttingen, vollendete am 11./24. Oktober sein 65. Lebensjahr. Seit 1868 ist er an verschiedenen deutschen Universitäten (Königsberg, Giessen, Halle und seit 1901 in Göttingen) als Lehrer tätig gewesen und hat die Literatur seines Spezialfaches durch eine stattliche Anzahl wertvoller Arbeiten bereichert.

— Der ordentliche Professor der Pharmazie an der militär-medizinischen Akademie Dr. St. Przibytek ist in der Würde eines Professors emeritus bestätigt worden.

— Für Auszeichnung in den Kämpfen gegen die Japaner ist den Divisionsärzten Dr. August Kneri und Dr. Sergius Awsitidiski der St. Wladimir-orden III. Klasse mit Schwertern verliehen worden.

— Zum Rigaschen Kreisarzt ist an Stelle des Doktors Schiglewitz, wie der «Dünaztg.» mitgeteilt wird, Dr. Kontort designiert worden.

— Der Konsultant für Chirurgie am Sewastopoler Marinehospital und ältere Arzt der 29. Flotteneequipage Dr. Plotnikow ist zum Konsultanten für Chirurgie bei dem Nikolai-Marinehospital in Kronstadt und älteren Arzt der 20. Flotteneequipage ernannt worden.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) In St. Petersburg der Marinearzt Dr. Michail Perfiljew nach langem und schwerem Leiden im 57. Lebensjahre. Der Hingeschiedene, welcher seit 1875 als Arzt tätig war, fungierte früher als älterer Arzt der 9. Flotteneequipage und in den letzten Jahren als jüngerer Geschäftsführer in der Verwaltung des Obermedizinalinspektors der Flotte. 2) In Moskau der freipraktizierende Arzt Innocenz Subbotin im Alter von 51 Jahren. Obschon der Verstorbene fast 25 Jahre die ärztliche Praxis ausgeübt hat, so hat er doch seine Familie ganz mittellos zurückgelassen. 3) Am 10. Oktober in Lodz der dortige freipraktizierende Arzt Dr. Gustav Lohrer im 38. Lebensjahre. Zu Lodz als Sohn des dortigen Stadtarztes Julius Lohrer geboren, widmete er sich 1888 wie sein Vater dem Studium der Medizin an der Dorpater Universität. Nach Erlangung der Venia practicandi i. J. 1904 liess er sich als praktischer Arzt in seiner Vaterstadt nieder. 4) In Wladikawkas der Oberarzt des Apscheronschen Infanterieregiments Dr. Konstantin Borissewitsch im Alter von 53 Jahren nach 27-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 5) Am 14./27. Oktober zu München nach längerem Leiden der berühmte Ophthalmologe Prof. Dr. August v. Rothmund, das älteste Mitglied der Münchener medizinischen Fakultät. In ihm verliert die Augenheilkunde ihren ehrwürdigen Nestor und unermüdlichen Förderer, der von gleich grossem Rufe als Arzt, Gelehrter und Lehrer war. Er studierte anfänglich bei seinem Vater, der Professor in München war, Chirurgie, mit der damals noch die Augenheilkunde verbunden war. Dann wandte er sich dem Studium der Augenheilkunde unter Graefe, Arlt und Jäger zu und habilitierte sich i. J. 1856 für dieses Fach an der Münchener Universität, wo er später zum Professor ernannt wurde. Im Alter von 70. Jahren trat Rothmund 1900 von seinem Lehramt zurück, im Juli 1903 feierte er unter grossen Ehrungen sein 50-jähriges Doktorjubiläum. 6) In Leipzig Prof. Dr. Friedrich Hesse, Direktor des zahnärztlichen Instituts der dortigen Universität, im 56. Lebensjahre. Er hat seinem Leben durch Erschiessen aus bisher unbekannten Gründen freiwillig ein Ziel gesetzt. Von Hause aus Anatom und Chirurg, widmete er sich nach einer Studienreise in den Vereinigten Staaten ganz der Zahnheilkunde und habilitierte sich i. J. 1878 für das Fach der Zahnheilkunde in Leipzig, wo er 1884 als ein Lehrstuhl für dieses Fach in Leipzig geschaffen wurde, zum ausserordentlichen Professor und Direktor des zahnärztlichen Instituts ernannt wurde.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Den russischen Universitäten und medizinischen Instituten, welche nach langer Untätigkeit erst vor kurzem ihre Pforten für die wissenschaftliche Beschäftigung ihrer Jünger wieder geöffnet haben, droht schon

wieder die Schliessung, da ein grosser Teil der Studierenden sich nicht dazu verstehen will, bei den Zusammenkünften in den Räumen dieser Anstalten sich auf rein akademische Angelegenheiten zu beschränken, sondern auch die Politik in das Programm aufzunehmen für notwendig hält. Mehrere Universitäten, wie z. B. Moskau und Kasan, sind bereits auf einige Tage aus diesem Grunde geschlossen gewesen; neuerdings hat sich auch der Chef der militär-medizinischen Akademie gezwungen gesehen, die zeitweilige Schliessung derselben für Vorlesungen vom 16. Oktober bis zum 15. November anzuordnen. Der Eintritt in die Akademie wird nur Personen gestattet, die zu den Prüfungen erscheinen.

— An die Stelle des vom Lehramt zurückgetretenen Professors der pathologischen Anatomie Dr. v. Rindfleisch in Würzberg ist der Göttinger Pathologe Prof. ord. Dr. Max Borst berufen worden und hat den Ruf angenommen.

— Zum Nachfolger des verstorbenen Direktors der Poliklinik Dr. Vierordt in Heidelberg ist der bisherige Honorarprofessor dieser Universität Dr. Fleiner ernannt worden.

— Der Strassburger Professor ord. für innere Medizin und Direktor der medizinischen Klinik Dr. Krehl hat einen Ruf an die Universität Heidelberg als Nachfolger des in den Ruhestand getretenen Professors Dr. Erb erhalten.

— Die anatomische Prämie des Akademikers Peter Sagorski, die alle 4 Jahre zur Verteilung gelangt, ist in diesem Jahre keinem der Bewerber zugesprochen worden, da die bei der militär-medizinischen Akademie von ihnen eingereichten Arbeiten nicht der Prämie wert befunden worden sind.

— Die Zahl der Medizinstudierenden an der Moskauer Universität beträgt in diesem Studienjahr 2018, bei einer Gesammtzahl von 8199 Studenten.

— Eine Frauenuniversität in Chicago. Die Universität Chicago hat beschlossen das gemeinsame Studium beider Geschlechter aufzuheben und allmählich eine Trennung zwischen männlichen und weiblichen Studenten durchzuführen, bis wieder vollständige Scheidung besteht. Es sollen nötigenfalls zwei getrennte Universitätsgebäude gebaut werden. — Den Schwärmern für gemeinsame Erziehung wird es zu denken geben, dass die Amerikaner, die die umfassendsten Erfahrungen mit der Koedukation gemacht ~~haben, sich jetzt so~~ nachdrücklich dagegen erklärt haben.

Standesangelegenheiten.

— Der Dekan der Odessaer medizinischen Fakultät, Professor der physiologischen Chemie Dr. A. Medwjedew, hat dem Rektor der Universität eine Erklärung überreicht, dass er das Amt des Dekans niederlegen wolle. Als Grund führt er seine zerrüttete Gesundheit an. In Wirklichkeit soll der Grund dazu in den Beziehungen einer Gruppe von Professoren zum Dekan zu suchen sein, und zwar entbehren diese unerquicklichen Differenzen in der Fakultät nicht eines politischen Hintergrundes. Dafür spricht auch ein Beschluss der Studenten der medizinischen Fakultät, welcher in Uebereinstimmung mit den jüngeren Dozenten in dem Verhalten der Gruppe von 9 Professoren (Golowin, Lewaschew, Kischinski, Schtschegolew, Korsch Batujew, Mankowski, Popow, Orlow) gegen den Dekan Medwjedew eine Verteidigung der Rechte der Autonomie vermisst, ja geradezu ein Ignorieren dieser Rechte erblickt, und daher dem Dekan die Sympathie und zugleich die Bitte ausdrückt, er möge in seinem Amte verbleiben.

— Die am 25. September als Anarchistin verhaftete Aerztin Helene Tumpowskaja ist in die Peter-Paulsfestung übergeführt worden.

— Der Student der militär-medizinischen Akademie A. W. Nikitin ist auf administrativem Wege ins Narymgebiet verbannt worden. Ein zweiter Student dieser Akademie, N. Sagredo, befindet sich hier bereits seit 7 Monaten in Untersuchungshaft.

— Der hiesige Arzt Dr. Andreas Veit, welcher mit anderen Mitgliedern des Konseils der Arbeiterdeputierten schuldig befunden wurde, im Oktober und November 1905 in St. Petersburg an einem Verbande teilgenommen zu haben, der den Sturz der bestehenden Regierung und die Einführung einer demokratischen Republik bezweckte, ferner zu einem bewaffneten Aufstande Gelder gesammelt, Proklamationen verbreitet, Waffen an die Arbeiter verteilt zu haben, — ist vom St. Petersb. Gerichtshof zum Verlust aller Standesrechte und zur Verschickung nach Sibirien mit allen in den Artt. 34 und 35 des Kriminalkodex angeführten Folgen verurteilt worden.

— Wie der «Mediz. Reform» geschrieben wird, suchen Krankenhäuser in kleinen Städten Deutschlands neuerdings ausländische Aerzte als Assistenten. Das angebotene Gehalt ist durchweg sehr niedrig. Es scheint, als ob man die angebliche Assistentennot benutzen wollte, um sich ganz besonders billige Hülfskräfte zu sichern. Es ist übrigens wohl ausgeschlossen, dass die Deutsche Regierung unter Nichtbeachtung der Gewerbeordnung die Anstellung von Ausländern gestatten könnte.

— Bezüglich des von uns in der vorigen Nr. S. 502 erwähnten notleidenden Arztes P. erfährt der «R. Wratsch» aus ganz sicherer Quelle, dass die akute materielle Not desselben, dank der Teilnahme des St. Petersb. ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hülfe, sowie einiger Kollegen und Privatpersonen, einstweilen abgewandt ist. Der kranke Kollege ist im Hospital der St. Georgs-Gemeinschaft untergebracht worden, wo bei ihm glücklicherweise keine Tuberkulose gefunden wurde, sondern nur Nachbleibsel einer durch die penetrierende Schusswunde hervorgerufenen exsudativen Pleuritis konstatiert worden sind. Jedenfalls flösst der gegenwärtige Gesundheitszustand des Kollegen P. keine Befürchtungen ein.

Verschiedene Mitteilungen.

— Am 15. Oktober fand hierselbst (Wassili-Ostrow, 5. Linie) die Einweihung des neuen 4-stöckigen Gebäudes der von ihrem Besitzer Dr. Adolf Bary geleiteten Anstalt für Nerven- und Geisteskranke statt. Der Neubau entspricht mit seinen Einrichtungen allen Anforderungen der Neuzeit und enthält reichlich Raum für 125 Kranke. Wie verlautet, stellt Dr. Bary in splendider Weise armen Kranken 10 Betten unentgeltlich und 20 Betten zu ermässigten Preisen zur Verfügung, darunter 2 Freibetten und 10 Betten mit ermässigter Zahlung für ~~Glieder der hiesigen evangelischen Gemeinden~~. — Bei dem fühlbaren Mangel an guten psychiatrischen Anstalten im ganzen Reiche und speziell in Petersburg hat sich Dr. Bary durch die Erweiterung seiner Heilanstalt ein grosses Verdienst um die Irrenpflege erworben.

— Die bekannte Nordströmsche Wasserheilanstalt «Marienbad» in Dubbeln (bei Riga), welche seit 1889 von ihrem jetzigen Besitzer Dr. G. Kittel geleitet wird, hat vor kurzem durch einen grösseren Brandschaden gelitten. Es ist jedoch nur das Badehaus niedergebrannt, während die übrigen Gebäude unversehrt geblieben sind, so dass der Betrieb der Anstalt nach wie vor weiter geht, zumal für die Wintersaison Badeeinrichtungen im neuen Wohnhause vorhanden sind.

— Aerztliche Vakanzen: 1) Die Stelle des Arztes auf den Gütern der Livländischen Ritterschaft ist von Georgi 1907 (event. früher) frei. Anmeldungen sind zu richten an die Administration der Ritterschaftsgüter zu Lipskaln, über Wolmar in Livland. 2) Deutscher Landschaftsarzt für die deutsche Kolonie Sarata, Gouv. Bessarabien, wird sofort gesucht. Gehalt 1200 Rbl., Wohnungsgeld 200 Rbl. und freie Praxis. Reflektanten werden gebeten, sich gleich brieflich oder telegraphisch an Pastor Meyer in Sarata (Adresse: Сарата, Бессарабской губ.) zu wenden.

— Unterschleif im Moskauer Sophien-Kinderhospital. Der neuernannte Kurator dieses Hospitals General W. Chlebnikow lenkte die Aufmerksamkeit des Ressorts der Kaiserin Maria, dem das genannte Krankenhaus unterstellt ist, auf die Zustände, die durch die vom ehemaligen Direktor des Hospitals begangene Unterschlagung von ca. 40,000 Rbl. hervorgerufen sind, von denen 25,000 Rbl. dem Wohltätigkeitsfonds gehörten, während ca. 15,000 Rbl. zur Errichtung von Baracken assigniert worden waren. Die unterschlagenen Summen sind bis jetzt noch ungedeckt geblieben, so dass die beim Hospital bestehende Wohltätigkeitsgesellschaft ohne jegliche Mittel dasteht, zumal die Spender infolge der Veruntreuung das Vertrauen zu dieser Wohltätigkeitsgesellschaft verloren haben und daher keine Spenden mehr zugeflossen sind. Die Mitglieder der Ge-

sellschaft bestehen nun, dem «R. Gol.» zufolge, darauf, dass das Ressort der Kaiserin Maria den fehlenden Betrag ersetzen soll, da die Kontrole der Gesellschaftskasse diesem Ressort oblag.

Bf.

Am 30. Sept. d. J. betrug die Zahl der Kranken 11492 (101 mehr als in der Vorwoche.), darunter 1258 Typhus — (82 wen.), 1186 Syphilis — (38 mehr), 524 Scharlach — (33 mehr), 311 Diphtherie — (1 wen.), 43 Masern — (11 wen.) und 13 Pockenkranke (2 mehr als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 24. bis zum 30. Sept. d. J. im ganzen 683 (360 M., 323 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 34, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 2, Masern 8, Scharlach 31, Diphtherie 41, Croup 0, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 14, Erysipelas 3, Grippe 4, Katarrhalische Lungenentzündung 55, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 11, Tuberculose der Lungen 97, Tuberculose anderer Organe 11, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 57, Marasmus senilis 32, Krankheiten der Verdauungsorgane 60, Totgeborene 43.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 1. Okt. d. J. 11573 (81 mehr als in der Vorwoche), darunter 1261 Typhus — (3 mehr), 1191 Syphilis — (5 mehr), 550 Scharlach — (26 mehr), 280 Diphtherie — (31 wen.), 47 Masern — (4 mehr), und 13 Pockenkranke — (0 mehr als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 1. bis zum 7. Okt. d. J. im ganzen 708 (393 M., 315 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 1, Typhus abdom. 28, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 10, Scharlach 36, Diphtherie 49, Croup 0, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 23, Erysipelas 3, Grippe 3, Katarrhalische Lungenentzündung 69, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberkulose der Lungen 92, Tuberkulose anderer Organe 17, Alkoholismus und Dilirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 40, Marasmus senilis 16, Krankheiten des Verdauungskanals 49, Totgeborene 36.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 31. Okt. 1906

Tagesordnung:

Fuhrmann: Einiges über Gewichtskurven bei Neugeborenen.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 28. Okt. 1906.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 1.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. **R. Wanach** in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 43 St. Petersburg, den 28. Oktober (10. November). **1906.**

Bericht über 27 operativ behandelte Fälle von Graviditas extrauterina.

Von

Dr. med. Leo v. Lingen*).

Die Extrauteringravidität mit all ihren Erscheinungen ist vielfach Gegenstand ausführlicher Arbeiten gewesen und die Literatur auf diesem Gebiet ist riesenhaft angewachsen. Ich beabsichtige daher von dem genaueren Eingehen auf Aetiologie, klinischen Verlauf, pathologische Anatomie, Operationsmethoden etc., von der Zusammenstellung der Literatur abzusehen und in kurzen Zügen meine Beobachtungen, die sich auf 27 von mir in den letzten Jahren operierten Fälle beziehen, zu berichten.

Es muss hier vorerst bemerkt werden, dass ich im vorliegenden Bericht nur die operierten Fälle berücksichtigt habe. Es bedarf kaum der Erwähnung, dass ich in der Privatpraxis, sowie im Hospital im Laufe der Jahre eine grosse Anzahl von Extrauteringraviditäten zu beobachten Gelegenheit hatte, die ohne operativen Eingriff genasen.

Das von mir bearbeitete operative Material stammt zum weit grösseren Teil aus meiner Hospitaltätigkeit am Peter-Paul-Hospital, zum geringeren aus meiner Privatpraxis. Die Kranken traten nicht selten, ahnungslos in welcher Gefahr sie sich befunden, nach längerem Krankenlager nach mehrfach durchgemachten Shokanfällen mit den Folgeerscheinungen einer inneren Blutung ins Krankenhaus ein, manche hatten nach ärztlicher Hilfe an ihr Krankenlager geschickt und waren von den Kollegen, welche den Ernst der Situation erkannten, ans Hospital, einige an mich persönlich, gewiesen. Fünf Patientinnen waren vom dejourierenden Kollegen in die Abteilung für innere Krankheiten unter der Diagnose Peritonitis, Gastro-Enteritis etc. plaziert worden, von wo sie erst später, nachdem ich dieselben auf Wunsch des Therapeuten untersucht und eine Extrauteringravidität festgestellt hatte, in die gynäkologische Abteilung übergeführt wurden. Wieder Andere wurden schliesslich mit den Erscheinungen der akuten Anaemie, manche in schwerem Kollaps pulslos eingeliefert. Der Zufall oder der Umstand, dass zur Sommerzeit eine Reihe von anderen Anstalten geschlossen waren, brachten es mit sich, dass die Frequenz der Extrauteringravidität in den Sommermonaten eine verhältnissmässig hohe war.

Die Indikation zur Operation ergiebt sich zum Teil aus Obigem: die im Zustande schweren Kollapses eingelieferten Patientinnen, bei denen die klinischen Erscheinungen dafür sprachen, dass die innere Blutung nicht stand und das Hinausschieben einer Operation mit einem grösseren Risiko verbunden wäre, habe ich ohne vorhergehendes Bad und ohne Entleerung des Darmes sofort operiert. War der Allgemeinzustand kein so Besorgniss erregender und gestattete derselbe ein Zuwarten, so wurde Patientin unter genauer Kontrolle, so zu sagen mit dem Messer in der Hand, expektativ behandelt. Die weitere Beobachtung des Verlaufs entschied, ob ein erneuter Nachschub die Operation erheischte oder die stetig zunehmende Haematozele oder Vereite-

*) Nach einem im Verein St. Petersburger Aerzte am 3. Oktober 1906 gehaltenen Vortrag.

rung derselben zum operativen Eingriff zwang oder ob schliesslich der Prozess zum Stillstand gelangt war, der Bluterguss sich in der Bauchhöhle abkapselte und der Resorption anheimfiel. Ich erinnere mich mancher Fälle, die anfangs unter stürmischen Erscheinungen einsetzten, aber unter Zuwarten zu einem guten Resultat führten und ohne operativen Eingriff, wenn auch nach langem Krankenlager genasen. Es kommt aber auch vor, dass man in der Hoffnung auf die Rückbildung des Prozesses nach längerem Stillstand und anfangs gut von Statten gehender Resorption des Blutergusses getäuscht wird und zu einer Zeit, wo man schon über den Berg zu sein glaubt, einen Nachschub erlebt, wie ich es in einem Fall auch gesehen. Es ist wohl Sache der Erfahrung und die persönliche Ansicht des Arztes, welche den Ausschlag geben, wie man sich solchen Fällen gegenüber zu verhalten hat. Daneben mögen soziale und persönliche Gründe bei der Entscheidung mit in die Wagschale fallen. Man wird sich ceteris paribus bei der Frau aus dem Arbeiterstande leichter zu einer Operation entscheiden, weil die anaemischen Patientinnen sehr langsam zu Kräften kommen, die Resorption des sich allmählich organisierenden Blutergusses in sehr langsamem Tempo vor sich geht und es einer monatelangen Schonung und Behandlung bedarf, der sie sich gewöhnlich früher entziehen, als es für die Patientin günstig ist.

Bevor ich genauer auf die Analyse meiner Fälle eingehe, bringe ich in möglichster Kürze die betreffenden Krankengeschichten.

1. A. B. 35 a. n. Nr. '278. 1901.

Diagnose: Graviditas tubaria dextra rupta. Haemorrhagia recens diffusa in cavo peritonei permagna. Anaemia acuta.

Anamnese. Pat. hat ein Mal geboren vor 1 Jahr 11 Monaten, die letzten regelmässigen Menses waren Anfang Dezember 1900. Nach fünfwöchentlicher Pause setzten Blutungen ein, die anfangs nicht stark waren, in den letzten drei Tagen aber bedeutend zunahmen. Dabei bestanden wehenartige Schmerzen rechts im Unterleib, die sich zum 19 Febr. derart steigerten, dass Pat. vor Schmerzen schrie. In den letzten drei Tagen hat sie drei Ohnmachtsanfälle gehabt.

Stat. praesens am 20. Febr. 1901. Hochgradige Anaemie und Apathie. Puls 108 sehr schwach. Der Leib ist sehr aufgetrieben und äusserst empfindlich bei der Betastung, so dass die Untersuchung sehr erschwert ist. Vaginalportion normal, Uterus nicht abgrenzbar, rechts vom Uterus bis ziemlich hoch hinauf eine teigartige, nicht abgrenzbare Geschwulst. Im hinteren Scheidengewölbe keine Veränderung (Vorwölbung oder Fluktuation) wahrnehmbar. Geringer Blutabgang per vaginam. Aus den Brüsten lässt sich Kolostrum exprimieren. Im Hinblick auf die extreme Anaemie, den schweren Allgemeinzustand und den kaum fühlbaren Puls wird wenige Stunden nach dem Eintritt der Pat. ins Hospital zur Laparotomie ohne besondere Vorbereitung der Pat. geschritten.

Operation 20. Febr. Schnitt in der Linea alba. Nach Eröffnung der Bauchhöhle ergiesst sich eine Menge dunklen flüssigen Bluts, die unteren Partieen der Bauchhöhle sind angefüllt mit frischen Gerinseln. Nach Entfernung derselben sieht man, dass die rechte an ihrem uterinen Ende normal aussehende Tube in einen blauschwarzen von Gerinseln umgebenen Tumor — die gravide Tube — übergeht. Der Tumor wies auf seiner Oberfläche eine ziemlich grosse Rupturstelle auf und war mit dem Ovarium verwachsen. Die Tube ist angefüllt mit frischen Gerinseln. Im Douglas finden sich Reste eines Entzündungsprozesses in Form von Strängen. Nach Unterbindung der graviden Tube und des zugehörigen Ovariums werden diese entfernt. Das linke Ovarium ist cystisch degeneriert, einige Cysten werden mit dem Paquelin angestochen, die linke Tube ist an ihrem abdominellen Ende verwachsen. Die linken Adnexa werden belassen. Bauchnaht.

Postoperativer Verlauf. In den ersten Tagen wird Pat. von heftigem Husten gequält mit so reichlichem katarrhalischen Auswurf, dass täglich eine grosse Spuckschale voll war. Die Temperatur war nur wenige Tage erhöht (vom 3.—5. Tage) erreichte ein Mal 38,3. Pat. erholte sich bald, die Wunde heilte per primam mit Ausnahme der obersten drei Nähte, wo sich eine Stichkanaleiterung zeigte. Am 17. Tage wurde Pat. gesund entlassen.

2. O. C. 31 a. n. Nr. 3149. 1902.

Diagnose: Graviditas tubaria dextra mens. V.

Anamnese. Pat. hat vor Jahren ein Mal normal geboren, 1899 war sie wegen Extrauteringravidität operiert worden, die Laparotomiewunde heilte lange nicht zu und es hatte sich eine Hernie gebildet. Die Menses kamen regelmässig, die letzte Regel war am 10. Febr. 1902, seit Anfang Mai zeigte sich blutig gefärbte Flüssigkeit, Pat. litt an Schmerzen im Leibe, Schwindel und Schwäche, weshalb sie den letzten Monat liegend zugebracht hat.

Status praesens 23 Mai. Mittlere Ernährung, Haut und sichtbare Schleimhäute etwas anaemisch. Puls 100, Temp. 36,8. In der Linea alba eine stark pigmentierte Laparotomienarbe, die in den oberen Partieen linear, in den unteren herniös vorgewölbt war. In der rechten Unterbauchgegend fühlt man einen Kindskopfgrossen, nicht deutlich abgrenzbaren Tumor von weicher Konsistenz, unbeweglich, auf Druck etwas empfindlich, die obere Grenze in Nabelhöhe, doch mehr rechts vom Nabel. Portio vag. sukkulent, Muttermund geschlossen, Douglas und Parametrien frei, Uterus in Anteflexion scheint vergrössert, nicht deutlich abgrenzbar, der touchierende Finger erreicht mit Mühe im rechten Scheidengewölbe das untere Segment des von aussen fühlbaren Tumors, kein Kolostrum.

Operation 28. Mai. Schnitt vom Nabel bis zur Symphyse über die alte Narbe weg, an der Stelle der Hernie ist die Haut stark verdünnt. Nach Eröffnung der Peritonealhöhle praesentiert sich ein dünnwandiger bläulich-schwarzer Tumor, welcher mit dem Netz, das zum Teil reseziert werden musste, und dem Darm verwachsen ist. Bei dem Versuch denselben zu lösen, platzt der Tumor es entleeren sich geringe Mengen einer farblosen Flüssigkeit (Fruchtwasser) und aus der Rissöffnung schlüpft ein 17 Ctm. langer Foetus, der an einer 18 Ctm. langen Nabelschnur hängt und sich lebhaft bewegt. Der Fruchtsack befindet sich in der stark dilatierten Tube, zwischen den ringsum verbackenen Darmschlingen, dem Netz und Pseudomembranen. Nach Loslösung der Därme und Unterbindung des Lig. infundibulo-pelv. und der rechtsseitigen Tube nahe dem Uterus, wird die Tube entfernt, das rechte Ovarium bleibt. Die linksseitigen Adnexa fehlen (vor 3 Jahren entfernt), die linke Uteruskante ist umgeben von Narbengewebe und fixiert, der Uteruskörper nur wenig vergrössert, der Douglas leer, das Peritoneum entzündlich verändert, zahlreiche Pseudomembranen, die zum Teil entfernt werden. Kontreappertur durch das hintere Scheidengewölbe. Vor Vernähung der Bauchwunde werden an der Stelle der Hernie die Faszienränder nach Ablösung derselben vom Unterbautzellgewebe vernäht und die Bauchhöhle geschlossen.

Postoperativer Verlauf vollkommen normal, die Wunde verheilte per primam. am 18. Tage stand Pat. auf und fuhr gesund am 25. Tage in ihre Heimat nach Kostroma.

3. M. G. 31 a. n. Nr. 3965. 1902.

Diagnose: Graviditas tubaria dextra, Haematosalpinx sin. Haemotocele.

Anamnese. Zweimal geboren, das letzte Mal vor 10 Jahren, Menses regelmässig, die letzten vor 3 Monaten. Vor 5 Wochen erkrankte Pat. mit starken wehenartigen Schmerzen, doch ohne andere Erscheinungen, nur Schwindel hat sie gehabt. Bis vor kurzem ist sie ihrer Arbeit nachgegangen. Pat. leugnet die Möglichkeit gravid zu sein.

Status praesens 24. Juni. Mittlerer Ernährungszustand, gutes Aussehen, normale Temp. Der Leib ist so gespannt, dass es bei der ersten Untersuchung nur gelingt, rechts von der Mittellinie eine undeutliche Resistenz zu fühlen. Die Schleimhaut des Introitus bläulich verfärbt, Portio vagin. aufgelockert, Muttermund geschlossen, Uterus vergrössert, aber nicht deutlich durchzufühlen, rechts vom Uterus eine etwa kindskopfgrosse Geschwulst. Kolostrum. Bei den folgenden Untersuchungen konnte ich konstatieren, dass der rechtsseitige Tumor unbeweglich, bei Druck nicht empfindlich und ohne scharfe Grenzen war. Uterus weich, rechts und hinter diesem lag der eben beschriebene Tumor, mit dem Uterus verbacken, ohne scharfe Grenzen, im hinteren Scheidengewölbe eine derbe empfindliche Resistenz, kein Blut, Temp. norm., hin und wieder subfebril. Nach einer Woche konnte festgestellt werden, dass der rechtsseitige Tumor kleiner wurde, die Resistenz im hinteren Scheidengewölbe abnahm und die Schmerzen gering waren. Während meiner Abwesenheit vom Hospital hielt die Besserung anfangs an, darauf änderte sich unter Erbrechen, Zunahme der Schmerzen, Abgang eines dreieckigen Dezidnafetzens und Blut das Bild,

die Resistenz stieg bis vier Finger unterhalb des Nabels hinauf, der Uterus war eleviert, wenig beweglich, an die Symphyse gepresst, das Scheidengewölbe, besonders das hintere war von einer teigigen Geschwulst von Kindskopfgrösse eingenommen. Die Probepunktion im hinteren Scheidengewölbe fördert Blut und kleine Koagula zu Tage. Da es sich um eine erneute Attaque handelte und die innere Blutung zunahm, schritt ich zur Operation.

Operation 12. Aug. Schnitt in der Mittellinie, blutreiche Bauchdecken. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man einen ringsum mit den Därmen verklebten Tumor von Kindskopfgrösse von weicher Konsistenz. Derselbe geht von der rechten Uteruskante aus und reicht in den Douglas. Nach Lösung der verwachsenen Darmschlingen und der Verwachsung des Tumors im Douglas gelingt es denselben in toto herauszubefördern. Es erweist sich, dass die rechte verdickte Tube in einen 3—4 Finger dicken Trichter übergeht, der seinerseits in den Haematocelensack mündete. Die Tube wird unterbunden und sammt dem Haematocelensack entfernt. Die linke Tube ist an ihrem abdominalen Ende geschlossen, von bindegewebigen Strängen umgeben, fingerdick, stark gewunden. Bei der Punktion erhält man dunkles Blut, daher wird die linke Tube gleichfalls entfernt, das Ovarium belassen. Kontreappertur durch das hintere Scheidengewölbe. Die rechte Tube plus Haematocele stellen eine Kindskopfgrosse Geschwulst dar, die 410 Gr. wiegt.

Postoperativer Verlauf normal. Die Temperatur, die im Uebrigen normal ist, erhebt sich am 12. Tage ein Mal auf 38,2, um dann wieder zu fallen. Bauchwunde per primam, nur aus einem Stichkanal entleert sich eine geringe Menge eitriger Flüssigkeit. Am 28. Tage nach der Operation wird Pat. mit normalem Befund und linearer Narbe entlassen. Bei einer späteren Untersuchung am 13. Jan. 1904 gleichfalls normaler Befund.

4. A. G. 35 a. n. Nr. 4084. 1902.

Diagnose: Graviditas tubaria dextra.

Anamnese. Ein Mal abortiert vor 16 Jahren, Menses 3-wöchentlich, das letzte Mal Ende April. Sechs Wochen darauf zeigte sich hellrotes Blut, das Pat. für die verspätete Regel hielt. Dabei ging sie ihren Pflichten nach, bis sie am 21. Juni plötzlich mit heftigen Schmerzen, Schwindel und dann tiefer Ohnmacht erkrankte. Zwei Tage später wiederholte sich die Ohnmacht, sie fühlte sich so schwach, dass sie bis zu ihrem Eintritt ins Hospital am 28. Juni zu Bett lag.

Status praesens 29 Juni. Mittlerer Ernährungszustand, von ziemlich blassem Aussehen. Puls 72 ziemlich voll, Temp. 38,6. Leib aufgetrieben, auf Druck empfindlich, in der rechten Seite des Unterleibes fühlt man eine schmerzhafte Resistenz, Scheidenschleimhaut und Portio vag. aufgelockert, Muttermund geschlossen, Uterus nicht gross, anteflektiert. Im rechten hinteren Scheidengewölbe fühlt man eine weiche Resistenz, die dem Uterus anliegt. Pat. blutet, starke Schmerzen. Obgleich Pat. zu Hause zwei Attaquen durchgemacht, war bei dem guten Allgemeinzustand im Augenblick ein operativer Eingriff nicht erforderlich. Als ich aber am 3. Tage ihres Hospitalaufenthaltes Pat. in der Nacht vom 1. auf den 2. Juli im Kollaps in hochgradig anaemischen Zustande mit periodenweis verschwindendem Puls und heftigen Schmerzen vorfand, führte ich sofort die Laparotomie aus.

Operation 2. Juli. Schnitt in der Linea alba, blutreiche Bauchdecken, Peritoneum verdickt, Darmschlingen mit dem Peritoneum pariet. verlötet, Netz ebenfalls entzündlich verändert und blutig imbibiert, mit Därmen und dem darunter liegenden Tumor verwachsen. Grosse Mengen flüssigen Bluts und frischer Gerinsel in der Bauchhöhle. Der rechts gelegene über faustgrosse Tumor ist mit den Därmen und der hinteren Fläche des Uterus verbacken. Bei dem Versuch den Tumor aus seiner Umgebung zu lösen, platzt derselbe. Es erweist sich, dass die rechtsseitige in ihrem ampullären Ende trichterartig dilatierte Tube in den Haematocelensack übergeht, der rechts und hinter dem Uterus liegt. Entfernung der Tube, wobei das rechtsseitige Ovarium und die linksseitigen normalen Adnexa zurückgelassen werden. Die Reste des Haematocelensackes, welche der hinteren Fläche der Gebärmutter, dem Douglas und den umgebenden Därmen anhaften, werden zum Teil entfernt. Drainage durch den Douglas. Schluss der Bauchhöhle.

Postoperativer Verlauf. Trotzdem Pat. mit Fieber eintrat, erreichte die Temp. nach der Operation nur ein Mal am vierten Tage 38,0, blieb sonst normal, die Wunde heilte per primam, Pat. machte eine normale Rekonvaleszenz durch und konnte am 27. Tage gesund entlassen werden.

5. M. S. 34 a. n. Nr. 4588, 1902.

Diagnose: Graviditas tubaria dextra. Myoma uteri intramurale non magnum.

Anamnese. 6 mal normal geboren, das letzte Mal vor $2^1/_2$ Jahren, Menses regelmässig, die letzten verspäteten um zwei Wochen. Pat. litt an Schmerzen rechts im Leibe, hat ein Mal erbrochen. Pat. lag anfangs in der therapeutischen Abteilung von wo sie nach zwei Tagen in die gynäkologische Abteilung übergeführt wurde, wo ich folgenden Befund erhob.

Status praesens: 23. Juli. Gutes Aussehen, Puls und Temperatur normal. Leib aufgetrieben und bei Betastung empfindlich, kein Kolostrum. Scheidenschleimhaut nicht verfärbt, Port. vag. weich. Uterus anteflektiert, nicht frei beweglich. Rechts und hinter dem Uterus eine zweifaustgrosse teigige Geschwulst. Zwischen Uterus und Geschwulst fühlt man die Tube als Strang ziehen. Da die Resorption sehr langsam von Statten ging und der rechtsseitige Tumor sich hartnäckig hielt, Pat. blutete und Schmerzen hatte, entschloss ich mich zur Operation.

Operation. 26. Aug. Längsschnitt, wie gewöhnlich. Nach Resektion des mit dem Tumor verwachsenen Netzes und Loslösung der Därme stösst man auf eine apfelsinengrosse Geschwulst — die erweiterte Tube, in der der tubare Abort sass. Im hinteren Scheidengewölbe alte Gerinnsel. Die rechte Tube wird entfernt, das Ovarium gelassen. An der linken Tubenecke findet sich ein haselnussgrosser Myomknoten, der enukleiert wird, was nicht ohne Abtragung der Tube gelingt. Vernähung des Bettes mit acht Nähten. Keine Drainage. Schluss der Bauchhöhle.

Postoperativer Verlauf vollkommen glatt, Bauchwunde per primam, gesund entlassen. — Am 19. Nov. zeigte sich eine Ligatur. Am 15. Mai 1903 habe ich Pat. zuletzt gesehen: Pat. fühlte sich gut, Narbe und Genitalbefund normal.

6. E. L. 27 a. n. Nr. 1982, 1902.

Diagnose: Gravidit. tubaria dextra.

Anamnese. Zweimal normal geboren und ein Abort im fünften Monate, die letzte Geburt vor $4^1/_2$ Monaten, stillte das Kind. Sechs Wochen nach der Geburt das einzige Mal menstruiert. Vor einer Woche erkrankte sie mit heftigen Schmerzen und wurde ohnmächtig. Nachdem sie einen Tag gelegen, stand sie wieder auf, bis sie am Tage vor dem Eintritt ins Hospital nochmals schwer erkrankte, so dass sie vor Schmerzen schrie und das Bewusstsein verlor.

Status praesens 18. März. Nicht auffallend anaemisch, Puls und Temperatur normal. Leib etwas aufgetrieben und in der Unterbauchgegend sehr schmerzhaft. Port. vag. von etwas weicher Konsistenz, Muttermund geschlossen, Uterus kaum vergrössert, nicht deutlich abgrenzbar, im hinteren Scheidengewölbe eine weichliche sich auf beide Seiten ausbreitende empfindliche Resistenz, blutiger Ausfluss. Kolostrum. Am Tage darauf sah ich Pat. im schweren Kollaps, ohne Puls und hochgradig anaemisch, der Leib war stark aufgetrieben, äusserst empfindlich, die Resistenz im hinteren Scheidengewölbe hatte zugenommen. Da es sich um die dritte Attaque handelte und Pat. in Lebensgefahr schwebte, wird die Kranke sofort ohne Vorbereitungen operiert.

Operation 19. März. Ueblicher Bauchschnitt, die Bauchhöhle ist erfüllt von einer Menge frischer Gerinsel, nach Entfernung derselben sieht man im ampullären dilatierten Teil der rechten Tube das pflaumengrosse zerstörte Ei sitzen, das Ovarium ist mit der Tube verwachsen, Abtragung beider. Die linken Adnexa sind normal, keine Drainage, Schluss der Bauchhöhle.

Postoperativer Verlauf. Zweimaliger Anstieg der Temperatur auf 38,2, im Uebrigen Puls und Temperatur normal. Prima intentio der Wunde, gesund entlassen mit beweglichem retroflektiertem Uterus. Am 24. September 1904 konstatierte ich dreimonatliche Gravidität, bald darauf abortierte Pat. Ich liess sie einen Ring tragen. Am 27. Oktober 1905 trat Pat. wieder ins Hospital ein mit Klagen über Schmerzen im Unterleib. Die Narbe war ideal, der Uterus lag retroflektiert, beweglich, links vom Uterus fühlte man eine geringe Resistenz, die bald schwand, Temperatur normal bis subfebril. Am 22. August 1906 stellte sich Pat. gesund vor: Uterus retroflektiert, etwas fixiert, links geringe empfindliche Resistenz. Narbe normal.

7. A. U. Hebamme 26 a. n. Nr. 5240. 1903.

Diagnose: Graviditas tubaria sin. rupta. Haemorrhagia recens in cavo peritonei, Anaemia acuta.

Anamnese. Nullipara. Menses früher regelmässig, die letzte regelmässige Menstruation am 4. Juni, am 20. Juli zeigte sich Blut, wobei sie starke Schmerzen und eine Ohnmacht hatte. Fünf Tage lag Pat., stand aber auf, als sie sich besser fühlte. In der Nacht vom 7. auf den 8. August wurde Pat. wieder ohnmächtig. Der herbeigerufene Kollege Dr. Urwitsch konstatierte eine Extrauteringravidität und ordnete

die sofortige Ueberführung ins Hospital an. Auf dem Wege hatte Pat. schwere Ohnmachtsanfälle, so dass der Zustand, in dem ich Pat. gleich darauf sah ein sehr schwerer war.

Status praesens 8. Aug. Hochgradige Anaemie, Puls kaum fühlbar, Temperatur 36,9. Dicke Bauchdecken, Leib stark aufgetrieben, äusserst empfindlich auf Druck, besonders links unten, überall tympanitischer Schall, Dämpfung nirgends vorhanden. Portio vag. klein, nach rechts disloziert, Uterus nicht zu fühlen, Scheidengewölbe ringsum tiefstehend, Untersuchung sehr schmerzhaft, daher ein genaueres Ergebniss nicht möglich. Kolostrum. Gleich nach dem Eintritt der Pat. ins Hospital, trat wieder ein schwerer Ohnmachtsanfall ein, so dass nach subkutaner Infusion von Kochsalzlösung ein sofortiger operativer Eingriff indiziert war.

Operation 8. Aug. Leibschnitt durch die fettreichen schlaffen Bauchdecken. Nach der Eröffnung der Peritonealhöhle strömt eine Menge flüssigen Blutes hervor, daneben frische Koagula. Därme kollossal aufgetrieben und erschweren das Operieren. Peritoneum parietale verdickt. Nach Entfernung zahlreicher Gerinsel gelingt es festzustellen, dass die Blutung aus der linken Tube stammt, welche nahe dem Uterus geplatzt ist. Der Eileiter ist mit dem Ovarium verwachsen, woher dieses mit entfernt wird. Der Uterus ist klein anteflektiert, die rechtsseitigen Adnexa normal, der Douglas mit Gerinseln angefüllt. Ein Teil des entzündlich veränderten Netzes wird reseziert. Die resezierte Tube ist 8 Ctm. lang, geschlängelt, das abdominale Ende normal, nahe dem Uterus befindet sich an der bleifederdicken Tube eine 1—2 Ctm. grosse Perforationsöffnung mit zerrissenen Rändern. Das linke Ovarium enthält eine haselnussgrosse Zyste. Schluss der Bauchhöhle. Schon während der Operation hob sich der Puls und das Aussehen der Pat. wurde bedeutend besser. Temperatur gleich nach der Operation 35,2, Puls 100.

Postoperativer Verlauf. Die Temperatur war kein Mal erhöht, anfangs machte die Auftreibung des Darmes Pat. zu schaffen. Die Wunde verheilte per primam mit Ausnahme einer kleinen Partie in der Mitte der Wunde, wo sie sich per secundam schloss. Pat. wurde am 37. Tage gesund nach Hause entlassen. Am 4. Juni 1905 konstatierte ich eine zweimonatliche Gravidität, einen Monat später abortierte Pat. Am 29. November 1905 stellte sich Pat. wieder gravid im Beginn des zweiten Monats vor. Am 20. Mai 1903 Gravidität VII m., zweite Schädellage, am 23. Juli 1906 normale Geburt. Am 19. September 1906 sah ich Pat.: gute Narbe, Uterus gut kontrahiert, klagte über Blasenbeschwerden.

8. M. R. 36 a. n. Nr. 6058. 1903.

Diagnose: Graviditas tubaria. Haematocele.

Anamnese. Zwei mal normal geboren, das letzte Mal vor 7 Jahren, Letzte Regel im Juni, im Juli blieb dieselbe aus. Mitte August erkrankte Pat. mit Schmerzen, Blutungen, welche fast einen Monat dauerten und Hitze. Bald darauf merkte Pat., dass der Leib grösser wurde.

Status praesens. 11. September. Pat. ist anaemisch, Puls und Temperatur normal, die untere Partie des Leibes ist bis zum Nabel durch eine gleichmässig geformte Resistenz kugelig vorgewölbt, diese ist unbeweglich, schmerzlos, von mittlerer Konsistenz. Umfang unterhalb des Nabels 84 Ctm., von der Symphyse bis zur oberen Grenze des Tumors 16 Ctm. Alter Dammriss, Portio vag. hart, Scheidengewölbe etwas abgeflacht, nicht vorgebuchtet, durch das vordere Scheidengewölbe fühlt man einen harten abgegrenzten Körper, den man für den Uterus halten kann. In welcher Beziehung dieser zum Tumor steht, kann man nicht feststellen. Uterushöhle 9 Ctm. Die Diagnose konnte nicht mit Sicherheit gestellt werden. Pat. verblieb in diesem Zustand mit normaler Temperatur fast 3 Wochen. Darauf stellte sich Fieber (bis 40,7) und Schüttelfröste neben reissenden Schmerzen und Blutabgang ein. Die obere Grenze der Geschwulst stieg mit der Zeit über Nabelhöhe, die Vorwölbung der unteren Partieen des Leibes wurde noch deutlicher (von der Symphyse bis zur oberen Grenze des Tumor 18½ Ctm.), am 7. Oktober fühlte man von aussen Fluktuation. Urin ohne Eiweiss und Pepton, Diazoreaktion negativ. Die Temperatur blieb hoch, der Befund per vaginam blieb vollkommen derselbe, das hintere Scheidengewölbe war nicht vorgebuchtet. Die zunehmende Geschwulst und das hohe Fieber, welche für einen eitrigen Prozess sprachen, liessen an eine vereiterte Haematocele denken, deren Eröffnung notwendig war.

Operation 10. Oktober. Längsschnitt von der Symphyse bis zur Mitte zwischen dieser und dem Nabel, geringe Infiltration der Bauchdecken, nach Eröffnung des verdickten Peritoneums gelangt man in eine grosse abgekapselte Höhle, die in den Douglas führt und bis zum Nabel reicht. Diese ist angefüllt mit frischen und alten zum Teil zersetzten Blutgerinseln. Die Adnexa sind mit der Umgebung so verbacken, dass von einer Loslösung und genaueren Besichtigung derselben abgesehen werden musste. Die Höhle wird tamponiert und durch das hintere Scheidengewölbe drainiert.

Postoperativer Verlauf. Nach der Operation fiel die Temperatur zur Norm, stieg aber später einige Male bis 38,4, die Höhle verkleinerte sich rasch, die anfangs blutig seröse Sekretion hörte bald auf, Pat. wurde mit einer kleinen granulierenden Höhle am 27. November entlassen.

9. O. Ch. 35 a. n. Nr. 8453. 1903.

Diagnose: Graviditas tubaria sin. Haematocele.

Anamnese. Ein Mal geboren vor 18 Jahren. Menses regelmässig, die letzten vor 3 Monaten. Pat. hat zu Hause an Schmerzen im Leibe und Ohnmachten gelitten und wurde mit der Diagnose Peritonitis tuberculosa in die therapeutische Abteilung gelegt, wo ich folgenden Status erhob.

Status praesens 8. Januar 1904. Anaemisches Aussehen, Puls 92 Temperatur 37,4, Leib aufgetrieben und empfindlich, in den unteren Partieen des Unterleibes gedämpfter Ton, oberhalb der Symphyse fühlt man undeutlich eine Resistenz. Introitus vaginae leicht verfärbt, Portio vaginalis weich, Uterus eleviert und der Symphyse genähert, das hintere Scheidengewölbe durch eine Geschwulst von elastischer Konsistenz vorgebaucht. Der Prozess kam nicht zum Stillstand, die Resistenz nahm in den nächsten Tagen zu, die obere Grenze befand sich vier Finger unter dem Nabel, dabei wölbte sich das hintere Scheidengewölbe noch mehr vor, die Temperatur war normal bis subfebril.

Operation 3. Februar. Breiter Querschnitt im hinteren Scheidengewölbe, nach Eröffnung der Haematocele ergiesst sich eine Menge dunklen flüssigen Blutes, daneben alte Gerinsel in grosser Zahl. Der in die Höhle eingeführte Finger stösst linkerseits auf die mit der Umgebung verbackene, verdickte Tube. Durchführng eines Tampons in die angelegte Wunde.

Postoperativer Verlauf. Wegen erhöhter Temperatur (bis 38,9) wurde am vierten Tage der Tampon gewechselt, wobei mit diesem ein sechs Ctm. langer, in Zersetzung begriffener Foetus herauskam. Die Temperatur blieb einige Zeit erhöht, die Höhle schloss sich allmählich und Pat. wurde am 14. März gesund entlassen. Am 10. Oktober 1906 sah ich Pat. in blühender Gesundheit und normalem Lokalbefund wieder.

10. A. J. 26 a. n. Nr. 4073, 1904.

Diagnose: Graviditas tubaria sin.

Anamnese. 5 normale Geburten, die letzte vor 9 Jahren, Menses früher regelmässig, die letzte Regel am 27. März, im April fühlte sich Pat. gesund, am 9. Mai fiel sie im Abort in Ohnmacht, von da an fühlte sie sich matt hatte Schmerzen im Leibe, Blut zeigte sich nicht. Pat. konnte nicht zu Kräften kommen, fing an in der letzten Zeit zu fiebern, die Schmerzen steigerten sich, so dass sie am 25. Mai ins Hospital geschafft wurde.

Status praesens 26. Mai. Pat. ist abgemagert und von anaemischem Aussehen. Temperatur 38,0 (Abends 38,4). Bei der äusseren Untersuchung fühlt man im Unterleib eine harte, unbewegliche Resistenz, deren obere Grenze drei Finger über der Symphyse nicht deutlich abzugrenzen ist. Bei der Besichtigung der äusseren Genitalien konstatierte ich einen alten Dammriss, Prolaps der Vagina und Rektocele. Portio vagin. hoch, unbeweglich. beiderseits Risse, Uterus eleviert und antevertiert nicht deutlich von einem Tumor, dem er anliegt, abgrenzbar, im hinteren Scheidengewölbe eine zungenförmige Resistenz, das linke Scheidengewölbe durch einen harten, unbeweglichen, schmerzlosen Tumor von Kindskopfgrösse etwas vorgewölbt. Der Tumor und der Uterus bilden ein Ganzes. Kolostrum. Die Temperatur blieb erhöht: morgens subfebril, Abends 37,8—38,4, am Abend vor der Operation 38,0. Da der Tumor keine Tendenz zeigte zur Resorption, schritt ich am 2. Juni zur Operation.

Operation. Längsschnitt, wie gewöhnlich, nach der Eröffnung der Bauchhöhle erweist es sich, dass der vorliegende dickwandige Haematocelensack ringsum fest, zum Teil flächenhaft mit den Därmen verlötet ist. Beim Versuch denselben aus den derben Verwachsungen zu lösen, platzt derselbe, es ergiesst sich ½ Liter schwarzen flüssigen geruchlosen Blutes. Die linke Tube ist in Schwarten eingebettet, mit dem Ovarium verwachsen, die Tube ist zweifingerdick und enthält an ihrem ampullären Ende das durch Blutergüsse zerstörte Ei. Tube und Ovarium werden entfernt, ebenso die rechtsseitige mit der Umgebung gleichfalls verwachsene fingerdicke Tube. Der in Schwarten gehüllte Appendix ist mit der hinteren Fläche des Uterus verbacken, wird losgelöst und abgetragen, der Haematocelensack, so gut es geht, entfernt. Drainage durch das hintere Scheidengewölbe. Schluss der Bauchhöhle.

Postoperativer Verlauf. Die Morgentemperaturen waren fast normal (höchste Temperatur 37,5), aber die Abendtemperaturen blieben in den ersten Tagen erhöht. Durch den Drain im hinteren Scheidengewölbe floss in den ersten Tagen chokoladenfarbene übelriechende Flüssigkeit ab. Die Bauchwunde verheilte per primam, Pat. klagte über keine Schmerzen, rechterseits war eine geringe Resistenz zu fühlen. Bei der Entlassung nach Hause am 11. Juli sah Pat. gut aus, geringer Descensus beider Vaginalwände, Uterus retrovertiert—flektiert, keine Resistenz. 28. Januar 1905. Gute Narbe, schlaffe Vagina, Prolaps derselben, Uterus anteflektiert. Nach einiger Zeit wurde der Prolaps stärker, weshalb ich ihr ein Pessar einführte. Letzte Notiz vom 13. Januar 1906: normale Narbe, Vorfall durch den Ring gut zurückgehalten, gesundes Aussehen.

11. F. M. 37 a. n. Nr. 5554. 1904, angereist aus dem Rjasanschen Gouvernement.

Diagnose: Graviditas tubaria sin. mens. IX.

Dieser Fall ist von mir ausführlich beschrieben [1]), doch will ich denselben in Kürze mitteilen.

Anamnese. Pat. hat vor 16 Jahren ein Mal abortiert und vor 15 Jahren ein Mal geboren, die letzte Regel angeblich im August oder September. Pat. war den Winter über krank, hatte häufig Schmerzen, war bettlägerig. Am 30. Juni stellte sich eine Blutung ein, die bis zum Eintritt ins Hospital am 13. Juli anhielt.

Status praesens 13. Juli. Pat. von elendem, anaemischem Aussehen, äusserst reduzierter Ernährung. Bei der Inspektion des Abdomens hat man den Eindruck, als habe man es mit zwei Tumoren zu tun: eine Geschwulst nimmt die Unterbauchgegend ein, die zweite die linke Hälfte der Bauchhöhle, die Linea alba nach rechts hin überragend, nach oben hin unter den Rippenbogen verschwindend. Linea alba nicht pigmentiert, Leibesumfang in der Höhe des Nabels 93 Ctm.

Die Geschwulst, welche die linke Bauchhöhlenpartie einnimmt, ist von ausgesprochen elastischer Konsistenz, fluctuiert, ist von ovaler Form und sehr begrenzter Verschieblichkeit, nirgends fühlt man irgend eine Resistenz oder solidere Partien. Die rechte Grenze überragt die Mittellinie um zwei Finger breit, die obere Grenze wird vom Rippenbogen maskiert, die obere Kuppe der Geschwulst reicht bis zum Zwerchfell, nach unten geht dieselbe in den anderen Tumor über. Dieser ist von härtlicher Konsistenz, unbeweglich und reicht zwei Finger breit unter den Nabel, nach oben zu ist der Tumor breiter, nach unten schmäler. Ueber den Zusammenhang zwischen den beiden Tumoren lässt sich nichts Bestimmtes feststellen, man fühlt nur eine Art Vertiefung zwischen ihnen.

Die Perkussion über dem linksseitigen Tumor giebt dumpfen Schall, der in die Milzdämpfung übergeht, rechts vom Tumor tympanitischer Schall.

Die Untersuchung per vaginam war von keinem besonderen Resultat: die Portio vaginalis ist sukkulent, schlaff, über der Portio vaginalis fühlte ich vorn einen beweglichen, unter der Schleimhaut sitzenden härtlichen Knoten von Kirschkerngrösse. Die Konturen der Gebärmutter lassen sich nicht abgrenzen, durch das vordere Scheidengewölbe fühlt man einen harten, vollkommen unbeweglichen Körper, der in die über ihm gelegene, oben beschriebene Geschwulst übergeht. Ob dieser Körper der Uterus oder ein Bestandteil der Geschwulst ist, konnte ich nicht feststellen. Das Scheidengewölbe ist beiderseit leicht herabgesenkt. Beim Herabziehen der Portio mit angehakten Myzeux änderten sich die Beziehungen nicht. Ebenso führte die Exploration per rectum zu keinem neuen Ergebnis.

Die Untersuchung in Narkose lieferte keine neuen Anhaltspunkte.

Während der kurzen Beobachtungszeit vor der Operation war die Temperatur normal, der Puls etwas frequent, die ganze Zeit über hatte Pat. blutig gefärbten Ausfluss, dazwischen Blut. Pat. hatte schlechten Appetit, klagte über Schwächegefühl und Schmerzen im Leibe.

Die Operation wurde von mir am 20. Juli 1904 ausgeführt.

Nach den üblichen Vorbereitungen machte ich einen Längsschnitt von zwei Finger breit über dem Nabel bis nahe an die Symphyse. Die Bauchdecken waren sehr blutreich. Nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentierte sich der allseitig mit dem entzündlich veränderten Netz und den Darmschlingen verwachsene prall elastisch gespannte, weisslich schimmernde Tumor. Das Aussehen des Tumors erinnerte ausserordentlich an das gewöhnliche Bild einer prall gefüllten Ovarialzyste. Die Geschwulst war mit der vorderen und seitlichen Bauchwand allseitig verwachsen und reichte bis zum Zwerchfell, mit dem dieselbe gleichfalls verlötet war. Bei der direkten Betastung des Tumors konnte ich nirgends feste Teile durchfühlen. Die Därme und das Peritoneum waren stark injiziert. Nach allseitiger Lösung des Tumors und Unterbindung von adhaerenten Netzpartien machte ich einen Versuch denselben herauszuwälzen, musste aber wegen der Grösse des Tumors davon absehen. Daher punktierte ich die Geschwulst in der Mittellinie mit einem Trokar, wobei sich eine bräunlich trübe, flockige Flüssigkeit ohne Geruch — etwa ein Liter — entleerte und die Wand des Tumors merklich zusammenfiel. Der in die Trokaröffnung geführte Finger stiess auf einen kindlichen von Eihäuten umgebenen Thorax und eine nicht pulsierende Nabelschnur von Kleinfingerdicke. Der Rücken des Kindes war nach rechts, der Kopf nach unten gerichtet. Ich hatte es also mit einem anscheinend ausgetragenen, abgestorbenen, von Eihäuten umgebenen Foetus in einem sackartigen Gebilde zu tun. Zwecks genauer Orientierung und Feststellung der Natur der in den unteren Partieen des Leibes gelegenen Geschwulst machte ich mich an die Bloslegung dieser. Auch hier lagen feste flächenhafte Verwachsungen mit den Därmen vor, der langausgezogene Prozessus vermicularis war gleichfalls fixiert und musste abgetrennt werden. Nach Loslösung der Verwachsungen mit den Darmschlingen konnte ich konstatieren, dass der Tumor die ganze Beckenhöhle einnahm und der hinteren und seitlichen Fläche des Uterus auflag, mit diesem fast verwachsen und gleichsam ein Ganzes bildend. Andererseits ging der Tumor, sich verjüngend, über der linken Beckenschaufel in den oben beschriebenen Tumor über. Der Uterus, von normaler Form und Grösse, lag in starker Anteflexion, der Douglas war verödet. Die linke Tube ging unmittelbar nach ihrer Abgangsstelle vom Uteruswinkel in den Tumor über. Nach Loslösung der flächenhaften stark blutenden Verwachsungen zwischen Tumor und Uterus unterband ich die Tube nahe am Uterus, dann das Lig. infundibulo-pelvicum und einen Teil des linken Ovariums. Nun waren die beiden Tumoren frei beweglich und ich hob sie in toto aus der Bauchhöhle heraus. Die parenchymatöse Blutung aus dem Geschwulstbett stand auf vorübergehende feste Tamponade mit steriler Gaze, an die hintere und besonders seitliche Fläche des Uterus musste ich wegen stärkerer Blutung mehrere Ligaturen anlegen. Die rechtsseitigen Adnexa waren dem Auge nicht zugänglich, wohl aber durch die sie umgebenden Verwachsungen hindurch mit dem Finger fühlbar. Da sich nirgends Blut zeigte, schloss ich die Bauchhöhle mit einer dreietagigen Naht.

Die Operation dauerte 1½ Stunden, die Chloroformnarkose (Chloroformverbrauch 70 Gr.) verlief glatt. In Anbetracht des erlittenen Blutverlustes wurde der Pat., bevor sie ins Bett gebracht, ein Kochsalzklysma appliziert.

Der postoperative Verlauf war ein vorzüglicher, die Temperatur war durchweg normal, die Wunde heilte per primam, Pat. erholte sich zusehends und wurde am 23. Tage nach der Operation gesund entlassen.

Vor Kurzem stellte sich Pat. vor ihrer Abreise ins Dorf gesund und in blühendem Zustande mir vor.

12. M. W, 36 a. n. Nr. 6295. 1904.

Diagnose: Graviditas tubaria dextra. Anaemia acuta. Haemorrhagia recens in cavo peritonei.

Anamnese. Zwei mal geboren und ein Abort im vierten Monat, letzte Geburt vor vier Jahren. Die letzte Regel vor zwei Monaten. Vor 1½ Wochen hatte Pat. einen Ohnmachtsanfall, am 6. August bekam Pat. sehr starke Schmerzen im Leibe, der Umgebung fiel auf, dass sie sehr blass geworden war. Am Tage darauf verschlimmerte sich der Zustand noch mehr, die Schmerzen wurden unerträglich, das Aussehen noch schlimmer, seit drei Tagen kein Stuhl. Der herbeigerufene Kollege Dr. Lasarew erkannte den Ernst der Lage und wies Pat. an mich.

Status praesens 7. August. Akute Anaemie in extremer Form verfallenes Aussehen, grosse Unruhe, Pat. schreit vor Schmerzen. Puls fadenförmig beschleunigt, Temperatur 36.1. Leib aufgetrieben, sehr empfindlich bei Berührung, besonders rechts oberhalb der Symphyse, in den oberen Partieen tympanitischer Schall, in den unteren gedämpft. Port. vagin. sukkulent, äusserer Muttermund für eine Fingerkuppe passierbar, geringer blutiger Abgang, Scheidengewölbe etwas abgeflacht, besonders rechts, wo die Empfindlichkeit noch grösser. Uterus nicht zu fühlen. Der schwere Allgemeinzustand erforderte einen schleunigen Eingriff, daher riet ich Pat. zu der sofortigen Ueberführung ins Krankenhaus im Sanitätswagen. Sofort nach dem Eintreffen der Pat., die auf der Fahrt aus einer Ohnmacht in die andere gefallen war, wurde sie im tiefsten Kollaps auf den Operationstisch gelegt. Kochsalzlösung und Analeptika subkutan injiziert.

[1]) Petersb. Med. Wochenschr. Nr. 47. 1904.

Operation 7. August. Schnitt in der Mittellinie, in den Bauchdecken kein Tropfen Blut. Nach Eröffnung der Peritonealhöhle ergiesst sich eine kollossale Menge frischen Bluts aus der Bauchhöhle. Ausserdem werden mehrere handvoll frischer Gerinsel ausgelöffelt. Die Därme sind stark aufgetrieben. Das unverletzte Ei liegt zwischen den Gerinseln und ist augenscheinlich eben aus der rechten Tube ausgestossen. die Ampulle weit, die übrigen Teile der rechten Tube kaum verändert. Diese wird in der Mitte unterbunden und abgetragen. Uterus weich, vergrössert, linke Adnexa normal. Schluss der Bauchhöhle.

Postoperativer Verlauf vollkommen glatt. Pat. erholte sich bald, laborierte nur in den ersten Tagen an ihrem Darm (Pat. hatte drei Tage vor der Operation den letzten Stuhl), worauf die einmalige Steigerung der Temperatur auf 38,4 zu schieben war. Die Wunde heilte per primam und am 29. Tage post operationem wurde Pat. mit normalem Genitalbefund nach Hause entlassen. Pat. hat sich von Zeit zu Zeit gezeigt, fühlte sich vollkommen wohl. Den letzten Status habe ich am 24. August 1996 erhoben: Gutes Aussehen, lineare Narbe, Uterus retrovertiert-flektiert, Parametrien frei.

13. O. J. 34 a. n. Nr. 8479. 1904.

Diagnose: Graviditas tubaria sin. Haematocele.

Anamnese. 6 mal geboren, ein Mal abortiert vor zwei Jahren. Die Menses waren ziemlich reichlich und von langer Dauer, das letzte Mal zeigten sich dieselben Ende August, Anfang Oktober zeigte sich etwas Blut, keine bedrohlichen Symptome, Pat. war die ganze Zeit auf den Füssen.

Status praesens 15. Oktober. Pat. etwas blass, von reduziertem Ernährungszustand, Temperatur und Puls normal. Leib weich, nicht empfindlich, über der Symphyse fühlt man eine schmerzlose Resistenz, Portio vagin. steht hoch, ist der Symphyse genähert, Uterus vergrössert eleviert, links fühlt man einen $1^1/_2$ Finger dicken Strang vom Uterus ziehen. Im hinteren Scheidengewölbe eine weiche Resistenz. Kolostrum. Die Geschwulst blieb anfangs unverändert, nahm aber in der Folge, ohne dass das Allgemeinbefinden schlechter wurde, zu. Die obere Grenze der Geschwulst stieg auf vier Finger unter den Nabel, wobei die linke Seite mehr eingenommen war. Dabei wurde die Konsistenz weicher, fast fluktuierend, die Temperatur subfebril. Ich veranlasste Pat., deren Mann im Hospital diente, sich zwecks Entleerung der Haematocele in die gynaekologische Abteilung zu legen.

Operation 4. November. Querschnitt durch das hintere Scheidengewölbe, wobei sich geringe Mengen flüssigen, theerfarbenen Bluts entleeren, die vorliegenden lockeren Gerinsel werden entfernt, in der Höhle fühlt man noch reichliche Gerinsel, besonders links, wo man einen konsistenteren Körper (das ausgestossene zerstörte Fruchtei?) fühlt. Ein forziertes Loslösen von Koagula wird vermieden, trotzdem kommt es zu einer starken arteriellen Blutung, feste Tamponade der Höhle, doch sind die Tampons, nachdem Pat. ins Bett gelegt, von hellrotem Blut durchtränkt. Daher wird die im Aussehen sehr veränderte Pat. wieder auf den Operationstisch gelegt, ich rüstete mich schon zur Laparotomie, als im letzten Moment die Blutung steht, weshalb ich von einem nochmaligen operativen Eingriff absah. Kochsalzklysmata, Analeptika und Druckverband.

Postoperativer Verlauf. Die Temperatur war anfangs normal, stieg aber vom 11. Tage an und erreichte 40,1. Am 18. Tage wurde bei Gelegenheit des Drainwechsels ein vor der Oeffnung liegender, in Zersetzung begriffener, circa 8 Ctm. langer Foetus und ein übelriechendes Stück entfernt, von der Zeit an fiel die Temperatur und Pat. wurde am 1. Dezember gesund entlassen. Am 5. Februar 1906 stellte sich Pat. im letzten Monat der Schwangerschaft vor (erste Schädellage). Am 12. März kam Pat. mit einem 3500 Gr. schweren Mädchen spontan nieder. Wochenbett normal. Am 20. September 1906 habe ich Pat. untersucht, sie sieht gesund aus und hat einen vollkommen normalen Genitalbefund.

14. M. K. 34 a. n. Nr. 9191. 1904.

Diagnose: Graviditas tubaria dextra. Haematocele.

Anamnese. Zwei normale Geburten, die letzte vor 5 Monaten. Menses vierwöchentlich, 3 Tage. Die letzte Regel am 8. Aug. Vor drei Wochen zeigte sich Blut, das bis zum Eintritt anhielt. Pat. hatte starke Schmerzen.

Status praesens 22 Nov. Anaemisches Aussehen, Temp. 37.5, Leib sehr empfindlich und gespannt, so dass die Untersuchung sehr erschwert ist. Portio vagin. sukkulent, Muttermund geschlossen, Uterus vergrössert, anteflektiert, im hinteren Scheidengewölbe eine ziemlich grosse Resistenz von elastischer Konsistenz, blutiger Abgang. Kolostrum. In der nächsten Zeit nahm die Haematocele sichtlich zu, der Uterus war eleviert und hinter demselben erreichte der Tumor allmählich Nabelhöhe. Rechts fühlte man einen apparten weichen Tumor, das Scheidengewölbe wölbte sich mehr vor, besonders rechts, Pat. klagte über Schwindel. Bei der Probepunktion erhält man Blut. Die Temp. subfebril.

Operation 13 Dezember. Längsschnitt. Nach Eröffnung der Peritonealhöhle stösst man auf einen Sack, der von, mit einander verklebten, Darmschlingen und der hinteren Fläche des Uterus umgrenzt ist. Bei Loslösung der Därme reisst der Haematocelensack ein. dieser reicht tief in den Douglas und ist von Koagulis, deren Gewicht 480 Gr. beträgt, angefüllt. Rechts geht eine Tube von normalem Aussehen ab, welche später in weiterem Verlauf an ihrem abdominalen Ende in einen weichen apfelgrossen Tumor übergeht, die Fimbrien sind geschlossen, die 8—10 Ctm. lange und vierfingerdicke Tube beherbergt neben Blutkoagulis das Fruchtei. Rechte Tube und Ovarium werden entfernt, die linken Adnexa sind normal. Kontreappertur im hinteren Scheidengewölbe. Beim Anlegen der Bauchwandnähte bildet sich ein über den Bauch sich ausbreitendes Hautemphysem. Druckverband.

Postoperativer Verlauf bei normaler Temperatur vollkommen glatt, prima intentio. Pat. wird am 25. Tage bei normalem Genitalbefund und linearer Narbe entlassen. Am 26. Aug. 1905 stellte sich Pat. im zweiten Monat der Gravidität vor, normale Gravidität und spontane Geburt im April.

15. M. S. 19 a. n. Nr. 1705. 1905.

Diagnose: Graviditas tubaria sin. Haematocele.

Anamnese. Nullipara. Menses seit dem 17. Lebensjahr, 4-wöchentlich, die letzte Regel war am 19. Dez. 1904, am 7. Februar 1905 zeigte sich mit Schmerzen Blut, das bis zum Eintritt ins Hospital anhielt, akute Symptome waren nicht vorhanden, dagegen hat Pat. zwei Wochen an Fieber gelitten.

Status praesens 23. Febr. Die stark gespannten Bauchdecken erschweren die Untersuchung, enge Vagina, Portio vagin. klein konisch, im hinteren Scheidengewölbe schmerzhafte, geringe Resistenz, Uterus etwas vergrössert, von weicher Konsistenz, eleviert. Links nicht ganz deutlich ein etwa apfelsinengrosser Tumor zu fühlen, blutiger Ausfluss, Kolostrum. Temp. 37,8, Abends 38,2. Bei weiterer Beobachtung liess sich der Uterus nicht mehr abgrenzen, links fühlte man einen apparten Tumor von fester Konsistenz, die Resistenz im hinteren Scheidengewölbe nahm zu und wölbte schliesslich dasselbe vor, die obere Grenze der Haematocele befand sich drei Finger über der Symphyse. Die Temp. war erhöht, erreichte ein Mal 39,2, bei der Probepunktion erhielt man dunkles Blut. Da Pat. während des Hospitalaufenthalts und schon vordem zu Hause gefiebert hatte und es sich um eine in Zersetzung begriffene Haematocele handelte, machte ich den hinteren Scheidenschnitt.

Operation 8 März. Querschnitt im hinteren Scheidengewölbe, es entleeren sich zwei Bierglas zersetzten übelriechenden Bluts, worauf der linksseitige Tumor tiefer tritt. Tamponade.

Postoperativer Verlauf. Nach der Operation fiel die Temp. und blieb normal. Bei der Entlassung der Pat. nach Hause am 29. März fühlte man linkerseits eine geringe Resistenz.

16. A. M. 25 a. n. Nr. 3028. 1905.

Diagnose: Graviditas tubaria sin. Haematocele.

Anamnese. Ein Mal vor einem Jahre eine Zangengeburt Pat. hat gestillt, acht Monate nach der Geburt stellte sich die Regel ein und kehrte nach Angabe der Pat. regelmässig wieder, am 1. März dauerte dieselbe drei Tage. Am 22. März und 7. April zeigte sich wieder Blut auf einige Tage. Dabei hatte sie Schmerzen im Leibe und am 3. April einen Ohnmachtsanfall mit starken wehenartigen Schmerzen. Pat. wurde mit der Diagnose Nephritis in die therapeutische Abteilung aufgenommen, wo folgender Status notiert wurde.

Status praesens 7. April. Mittlerer Ernährungszustand, sehr anaemisch, Puls 100, ziemlich gut, Temp. 37,7 (Abends 38,6), in den oberen Partieen des Leibes tympanitischer Schall, unterhalb des Nabels gedämpft, Leber, Milz normal. Fluktuation in den unteren Partieen des Leibes. Diffuse Pulsation der Regio epigastrica, Spitzenstoss zwischen der 5. und 6. Rippe, linke Herzgrenze einen Finger nach aussen von der Mamillarlinie, rechts den rechten Sternalrand überragend, der erste Ton dumpf, undeutliches Geräusch, der zweite Ton akzentuiert, Urin ohne Eiweiss. Am Tage darauf war dem behandelnden Kollegen aufgefallen, dass die Anaemie zugenommen und sich der Allgemeinzustand verschlechtert hatte. Pat. wurde, nachdem ich sie untersucht und die Diagnose Graviditas extrauterina gestellt, in die gynaekologische Abteilung übergeführt.

Status praesens 9. April. Sehr anaemisch. Puls 100 matt, Temp. 37,3, Leib aufgetrieben, aber leicht eindrückbar, empfindlich, in den unteren Partien gedämpfter Ton bis zum Nabel, keine Fluktuation. Portio vagin. klein, weich, äusserer Muttermund leicht eröffnet, Uterus weich, vergrössert, anteflektiert, im hinteren Scheidengewölbe eine weiche, schmerzhafte Resistenz, welche sich nach beiden Seiten hin erstreckte. Blutiger Ausfluss.

Operation 10 April. Längsschnitt, wie gewöhnlich. Nach Eröffnung der Peritonealhöhle fliesst eine Menge flüssigen Bluts ab, Koagula entfernt, frische Verklebungen. Die linke Tube enthält im abdominalen Ende das noch nicht ausgestossene, zerstörte Ei. Die linksseitige Tube wird sammt dem kleincystisch degenerierten pflaumengrossen Ovarium unterbunden und entfernt. Die rechtsseitigen Adnexa sind normal. Kontreappertur im hinteren Scheidengewölbe. Schluss der Bauchhöhle.

Postoperativer Verlauf. In den ersten Tagen Temp. 36,7—37,8. Puls wenig beschleunigt, am fünften Tage stieg die Temperatur, in den nächsten Tage klagte Pat. über Schmerzen links, ohne dass sich etwas durchfühlen liess, der Leib war weich, später fühlte man linkerseits in der Unterbauchgegend eine Resistenz. Die Bauchwunde verheilte per primam mit Ausnahme einer Stichkanaleiterung, die in wenigen Tagen vollkommen verheilte. Die Temperatur war fieberhaft (37,5—38,9). Am 17. Tage nach der Operation brach durch den unteren Teil der Natlinie dunkles flüssiges übelriechendes Blut durch (vereitertes Haematom), die Oeffnung wurde erweitert und ein Tampon eingeführt, allmählich verkleinerte sich die Höhle und es blieb nur ein kleiner Fistelgang nach. Im weiteren Verlauf stellten sich Oedeme des Gesichtes und der unteren Extremitäten ein, der Puls wurde unregelmässig, der Urin enthielt Eiweiss, Pat. magerte bei normaler Temperatur sichtlich ab. Zuletzt gesellte sich noch ein hartnäckiger Durchfall dazu, der der Kranken die letzten Kräfte raubte jede Nahrungszufuhr unmöglich machte und Pat. zum Skelett abmagern liess. Es war nicht zu verwundern, dass unter diesen Verhältnissen die Fistel keine Tendenz zur Verheilung zeigte. Nach viermonatlichem Krankenlager starb Pat. Eine Sektion wurde nicht ausgeführt, doch ist der ungünstige Ausgang trotz der Komplikation in letzter Linie der Nephritis und Kolitis zuzuschreiben.

17. A. A. 27. a. n. Nr. 6094. 1905.

Diagnose: Graviditas tubaria sin.

Anamnese. Zweimal geboren, das letzte Mal vor 6 Jahren. Pat. leidet seit acht Wochen an Blutungen und Schmerzen im Unterleib und Kreuz. Vorher waren die Menses unregelmässig, Pat. hat sich behandeln lassen. Vor zwei Wochen hat sie an Schwindel gelitten, die Möglichkeit einer Schwangerschaft wird geleugnet.

Status praesens 13. Juli. Gesundes Aussehen, Temp. 37,0. Leib weich, Portio vagin. sukkulent, Muttermund geschlossen, Uterus kaum vergrössert, weich, deutlich abzutasten, etwas disloziert nach rechts und eleviert durch einen weichen faustgrossen Tumor links und hinter dem Uterus, diesem anliegend. Geringe Blutung.

Operation 18. Juli. Längsschnitt, wie gewöhnlich, blutreiche Bauchdecken. Bauchhöhle frei von Blut. Links und hinter der Gebärmutter eine bläulich schimmernde Geschwulst, welche ringsum mit den Därmen locker verbunden, mit dem Uterus und im Douglas fester verlötet ist. Nach Loslösung des Tumors, der sich als die linksseitige gravide nicht geplatzte Tube erweist, wird derselbe entfernt. Der Tumor ist faustgross, prallgespannt, Tubenwand stellenweis papierdünn, die Schwangerschaft sitzt in der Mitte der Tube. Schluss der Bauchhöhle.

Postoperativer Verlauf absolut glatt, prima intentio, am 30 Tage wurde Pat. mit normalem Lokalbefund gesund entlassen.

(Schluss folgt.)

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Erich Lexer: Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie. 2 Bände. Stuttgart. Ferdinand Enke.

Rasch auf einander folgende neue Auflagen bezeugen den grossen Erfolg, den das Lexer'sche Buch gehabt hat. Es erfreut sich seiner grossen Beliebtheit mit vollem Recht. Abgesehen von der Gediegenheit des Inhalts, ist es namentlich die lebhafte und interessante Darstellungsweise des Verfassers, die dem Buche dauernden Erfolg sichert; man liest auch das stofflich Bekannte mit Vergnügen.

Im ersten Bande sind Wundbehandlung und Wundinfektionen Gegenstand der Erörterung. Der zweite Band behandelt die Nekrose, die Krankheiten der Weichteile, Knochen und Gelenke und bringt eine ausführliche durch zahlreiche Abbildungen illustrierte Darstellung der Tumoren.

Wold. Fick.

Ph. Bockenheimer und Fritz Frohse: Atlas typischer chirurgischer Operationen. Jena, Gustav Fischer.

Von dem Werke, dessen ersten beiden Lieferungen wir bereits besprochen haben, sind nunmehr die letzten drei erschienen. Damit liegt uns ein Werk vollständig vor, dessen Vorzüge vor den bisher bekannten Atlanten in die Augen fallend sind. Wir heben nochmals die tadellose Ausführung der Reproduktionen hervor, die an Uebersichtlichkeit und Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig lassen. Die Grösse des Formats der Abbildungen, die der natürlichen Grösse des Objektes, wenn möglich, entspricht, trägt wesentlich zur praktischen Brauchbarkeit der Abbildungen bei. Ohne näher auf den Inhalt der einzelnen Lieferungen einzugehen, wollen wir das Werk bestens empfehlen nicht nur dem Anfänger sondern auch Operateuren, die sich rasch den Gang einer Operation vergegenwärtigen wollen. Die Ausstattung ist mustergiltig.

Wold. Fick.

Ludwig Török: Spezielle Diagnostik der Hautkrankheiten für praktische Aerzte und Studierende. Wien. Alfr. Hölder. 1906. 399 S.

Die Dermatologen suchen nach einem System, das ihnen gestatten soll den spröden Stoff nach einheitlichen Gesichtspunkten anzuordnen. T. hat eine Einteilung nach pathologisch-anatomischen Gesichtspunkten in seinem vorliegenden Werke gewählt. In erster Linie stehen die pathologisch-anatomischen Veränderungen, in zweiter erst die klinischen Merkmale und die Anordnung und Einteilung der Krankheiten richtet sich nach dem Wesen der ersteren «Als Ausgangspunkt der Gruppenbildung diente die Kategorie der pathologisch-anatomischen Störung» (z. B. die Hämorrhagie, Hypertrophie, Atrophie, Neurose etc.). Diese Anordnung bringt somit wesentliche Abweichungen von der bisher üblichen mit sich, gestattet aber, wenn auch nicht immer ohne Zwang, ein einheitliches Prinzip durchzuführen. Es werden so häufig klinisch und aetiologisch zusammengehörige Leiden in verschiedenen Gruppen abgehandelt und klinisch scharf getrennte zusammengefasst. Verf. hat es aber verstanden sein System mit viel Geschick durchzuführen und ist seine Arbeit ohne Frage eine interessante und wertvolle Bereicherung der medizinischen Literatur, die allen Interessenten bestens empfohlen sei.

W. Schiele.

J. Baecker: Die Infektionskrankheiten der weiblichen Genitalien. Halle a. S. Verlag von K. Marhold 1906. Mk. 1.20.

Vorliegenden Vortrag hat Verf. im Budapester Aerzteverein gehalten. Er war dazu bestimmt praktischen Aerzten ein Bild der Fortschritte und neuesten Anschauungen auf dem speziellen Gebiete zu geben. Vorwiegend werden die Gonorrhoe und die puerperale Infektion besprochen. Wenn im Wesentlichen auch nichts Neues geboten wird, so kann man sich mit den Forderungen des Autors jedoch nur einverstanden erklären, der unter anderem für die Polizeiärzte gynäkologische Vorkenntnisse verlangt.

W. Schiele.

G. Vorberg: Dementia paralytica und Syphilis. Leipzig und Wien. Franz Deutike. 1906. 26 S.

«Als Tatsache darf angesehen werden, dass nur der an Tabes und Dementia paralytica erkrankt, der sich mit Syphilis angesteckt hat». Diese Behauptung sucht V. aus dem reichen Krankenmaterial Fourniers und Raymond's und den Beobachtungen dieser Koryphäen zu beweisen.

Den Umstand, dass die Lues sich bei vielen Tabikern und Paralytikern nicht nachweisen lasse, sucht V. dadurch zu entkräften, dass auch die Tertiär-Luetischen sehr häufig nichts von einer syphilitischen Infektion zu wissen behaupten. Als weitere Ursachen kommen die erbliche Anlage, der manche Autoren eine grosse, andere eine geringe Bedeutung beilegen, und der Alkoholmissbrauch in Betracht, ferner verschiedene andere das Nervensystem schwächende Einflüsse

und schliesslich die, nach Fournier, wichtigste Ursache, eine ungenügende Behandlung der Syphilis. Kurz werden die Gesichtspunkte, die uns bei der Behandlung leiten sollen, berührt, und zum Schluss, die Krankengeschichten zweier berühmter Paralytiker, Maupassant's und Nitsche's, bei denen der Beweis einer luetischen Infektion jedoch nicht erbracht ist. Die kleine Schrift bietet besonders Dermatologen und Neurologen manches Interessante.

W. Schiele.

Berichtigung.

In Nr. 42 S. 509, Spalte I, Zeile 11 von unten (Forel Sexuelle Ethik) ist zu lesen: immer (statt nimmer).

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Am 18./31. Oktober beging der Senior der Münchener medizinischen Fakultät, Prof. Dr. Karl v. Voit, der verdienstvolle Altmeister der Lehre vom Stoffwechsel und der Ernährung, seinen 75. Geburtstag. Obschon er bereits vor 2 Jahren sein 50-jähriges Doktorjubiläum gefeiert hat und im Oktober nächsten Jahres auch auf eine 50-jährige Lehrtätigkeit an der Münchener Universität zurückblicken kann, verwaltet er noch immer in unverwüstlicher Frische das Physiologische Institut, wo er die Arbeiten seiner Schüler leitet und vor einem zahlreichen Hörerkreise seine Vorlesungen hält.

— Zu Beginn des laufenden Wintersemesters war auch ein zweiter Professor der Münchener Universität, der berühmte Zoologe Dr. med. et phil. Richard Hertwig, Gegenstand ausserordentlicher Ovationen. Es hat nämlich Hertwig 50 Semester als ordentlicher Professor der Zoologie und vergleichenden Anatomie in München gewirkt, nachdem er bereits vorher ein Jahrzehnt in gleicher Eigenschaft an den Universitäten Jena, Königsberg und Bonn tätig gewesen war.

— Der Korpsarzt des 14. Armeekorps Dr. Grimm ist zum beständigen Mitgliede des militär-medizinischen gelehrten Komitees und der Professor ord. der Pädiatrie an der militär-medizinischen Akademie Dr. Gundobin — zum beratenden Mitgliede dieses Komitees ernannt worden, letzterer unter Belassung in der von ihm bisher bekleideten Stellung.

— Wie der «R. Wratsch» aus sicherer Quelle erfährt, ist das Gerücht, dass Prof. Danilewski vom Amte des Chefs der militär-medizinischen Akademie zurückzutreten beabsichtigte, ein falsches.

— Der Arzt des St. Petersburger Instituts der Kaiserin Maria, Dr. Frankenhäuser ist auf sein Gesuch mit Uniform verabschiedet worden.

— Zum Korpsarzt des 7. Armeekorps ist der bisherige Beamte für besondere Aufträge VI. Klasse bei der Ober-Militär-Medizinalverwaltung Dr. Kerstens ernannt worden.

— Der Brigadearzt der Transamur-Eisenbahnbrigade Dr. Sawadski ist zum Korpsarzt des kombinierten Armeekorps in der Mandschurei ernannt worden.

— Dem Divisionsarzt der 9. ostsibirischen Schützendivision Dr. Galustjanez sind für Auszeichnung in den Kämpfen gegen die Japaner die Schwerter zum St. Wladimirorden III. Klasse verliehen worden.

— Der Oberarzt des II. Orenburgschen Kosakenregiments Dr. Hermann ist wegen Krankheit mit Uniform und Pension verabschiedet worden.

— Der Arzt am Kurländischen Kollegium allgemeiner Fürsorge Dr. Eugen Hensel ist auf sein Gesuch krankheitshalber seines Amtes enthoben worden.

— Dr. Wilhelm Stieda ist als Arzt an der von der Kurländischen Ritterschaft bei Mitau begründeten Irrenanstalt mit den Rechten des Staatsdienstes angestellt worden.

— Aus Rom kommt die Nachricht, dass nach Mitteilungen aus Stockholm, den nächsten Nobelpreis der Professor der allgemeinen Pathologie in Pavia Dr. Camillo Golgi und der spanische Gelehrte Dr. Roman y Cajal, Professor der Histologie an der Universität zu Madrid, erhalten sollen. Prof. Golgi hat sich besonders durch seine Arbeiten über die Veränderung der Lymphgefässe des Gehirns einen geachteten Namen gemacht. Prof. Roman y Cajal gehört zu den hervorragendsten Anatomen unserer Zeit durch seine Arbeiten auf dem Gebiete der Hirn- und Nervenanatomie.

— Prof. Dr. August Forel hat sein Ordinariat für Psychiatrie an der Universität Zürich niedergelegt, um sich ganz seinen wissenschaftlichen Studien zu widmen. Der berühmte Gelehrte beginnt demnächst eine Vortragsreise durch Deutschland; die ersten 4 öffentlichen Vorträge wird er in Berlin halten.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 25. Oktober hierselbst der hervorragende russische Kliniker Leibmedikus Dr. Leo Popow, ehemaliger Professor der speziellen Pathologie und Therapie an der militär-medizinischen Akademie, an den Folgen einer Gehirnapoplexie im 62. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war als Sohn eines Geistlichen in einem geistlichen Seminar erzogen, schlug aber nicht die geistliche Karriere ein, sondern widmete sich dem Studium der Medizin an der mediko-chirurgischen Akademie, welche er im Alter von 23 Jahren mit dem Arztgrade absolvierte. Nachdem er zur weiteren Vervollkommnung in Berlin bei Virchow und Traube, in Paris bei Charcot gearbeitet hatte habilitierte er sich als Privatdozent für allg. Pathologie und Diagnostik an der mediko-chirurgischen Akademie und fungierte zugleich als Arzt des Leibgarde-Grenadierregiments, mit dem er auch an dem türkischen Feldzuge teilnahm. Nach dem Kriege wurde er zum ordentlichen Professor an der Warschauer Universität ernannt, folgte aber bereits 1890 einem Rufe an die Petersburger Akademie als Nachfolger Botkins. Nachdem er vor einigen Jahren seine Lehrtätigkeit an der Akademie aufgegeben hatte, bekleidete er bis zu seinem Lebensende noch die Stellung eines Ehrenleibmedikus, sowie eines beratenden Mitgliedes des militär-medizinischen gelehrten Komitees und des Medizinalrats beim Ministerium des Innern. Seit einer Reihe von Jahren fungierte Prof. Popow auch als Präses des hiesigen Vereins russischer Aerzte. Seiner Feder entstammen mehr als 30 wissenschaftliche Arbeiten zumeist aus dem Gebiete der inneren Medizin. Der Hingeschiedene erfreute sich sowohl als Lehrer, wie auch als Arzt und Mensch eines ausgezeichneten Rufes. 2) In Marburg am 16. Oktober Dr. Konstantin Iwanow im 27. Lebensjahre. Der Verstorbene war nach Absolvierung seiner Studien an der militär-medizinischen Akademie i. J. 1902 dem klinischen Militärhospital zur weiteren Vervollkommnung zukommandiert. 3) Im Fernen Osten der Reservearzt Fritz Wihtol im 36. Lebensjahre. Er soll wie die lettische Zeitung «Balss» meldet, von Chunchusen ermordet worden sein. Der Verstorbene stammte aus Kurland, besuchte das Gymnasium in Goldingen und studierte anfangs in Moskau, dann von 1893 bis 1898 in Dorpat Medizin. Nach Erlangung des Arztgrades liess er sich 1899 als Gemeindearzt in Schujen (im Wendenschen Kreise Livlands) nieder, von wo er 1904 als Reservearzt auf den ostasiatischen Kriegsschauplatz (Blagoweschtschensk) einberufen wurde. 4) In Lukow (Gouv. Siedlce) der dortige Kreisarzt Dr. Anton Sabokliżki im 66. Lebensjahre nach 40-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 5) Am 7. Juli in Colombo im Alter von 28 Jahren Dr. Max Gottschalk, der, wenn wir uns nicht irren, aus Kurland stammt und in Dorpat seine medizinische Ausbildung erhalten hat.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Da das im Jahre 1895 bei Einführung des Instituts des Studenten-Inspektorats aufgehobene Amt eines Prorektors an den Universitäten wieder eingeführt ist, so hat an der Dorpater Universität zur Besetzung dieses Amtes am 20. Oktober eine Konseilsitzung stattgefunden, auf welcher der Professor der Physik Dr. Alexander Ssadowski zum Prorektor gewählt worden ist. Ausser ihm hatten, wie die «Nordliv. Ztg.» erfährt, auch der Kliniker Professor Dehio und Professor Rostowzew Stimmen erhalten.

— Da der Dekan der Odessaer medizinischen Fakultät Prof. Medwjedew definitiv von diesem Amte zurückgetreten ist (cfr. Nr. 42, S. 512 dies. Wochenschrift), so schritt die mediz. Fakultät zur Wahl eines neuen Dekans, die aber resultatlos verlief, da jeder von den 3 aufgestellten Kandidaten (die Professoren Werigo, P. Borissow und S. Lewaschew) die gleiche Anzahl (9) Stimmen erhielt. Infolgedessen beschloss der Konseil der Universität, obgleich die Professoren der Gruppe der Rechten die Berechti-

gung des Konseils dazu bestritten, den Dekan von sich aus zu wählen. Beim Ballotement erhielt die meisten Stimmen (34) Prof. Werigo, während auf die Professoren Borissow und Lewaschew nur je 3 Stimmen entfielen.

— Prof. Dr. Kaufmann in Basel ist zum Nachfolger Professor Borst's auf den Lehrstuhl für pathologische Anatomie an der Universität Göttingen ernannt worden, wird aber erst im April 1907 dorthin übersiedeln, sobald Prof. Borst den Würzburger Lehrstuhl der patholog. Anatomie übernimmt.

— Der Privatdozent Dr. Joseph Amann in München ist zum ausserordentlichen Professor und Vorsteher der II. gynäkologischen Klinik im Münchener städtischen Krankenhause ernannt worden.

— Wie aus Berlin gemeldet wird, werden jetzt die russischen Studenten, falls sie über ein polizeiliches Zuverlässigkeitsattest, das Maturitätszeugnis eines klassischen Gymnasiums und genügende Subsistenzmittel verfügen, wieder zu den preussischen Hochschulen zugelassen werden. Nach dem Bekanntwerden der erneuten Zulassung häuften sich in Berlin sofort die Aufnahmegesuche. An studierenden Frauen sind bisher an der Berliner Universität in diesem Wintersemester 600 zugelassen; dazu kommen noch 50 Russinnen, deren Gesuche noch in der Schwebe sind.

Standesangelegenheiten.

— Die russischen Untertanen, die im Besitz eines Doktordiploms einer ausländischen Universität sind, wurden bisher in Russland zur Prüfung behufs Erlangung der Venia practicandi zugelassen, ohne dass sie ein Zeugnis über die Absolvierung einer mittleren Lehranstalt beizubringen hatten. Wie die Tagesblätter berichten, ist in letzter Zeit in diesem Modus insofern eine Aenderung eingetreten, als von den Doktoren ausländischer Universitäten die Zulassung zur Arztprüfung in Russland von der Beibringung eines Zeugnisses über die Absolvierung einer Mittelschule abhängig gemacht wird. Diese neue Bestimmung wird neuerdings so streng gehandhabt, dass bereits mehrere Doktoren ausländischer Universitäten, denen vor einem halben Jahr die Ablegung der Arztprüfung in Russland gestattet worden war, jetzt zurückgewiesen wurden, weil sie kein Maturitätszeugnis besitzen. Es soll nur noch einigen Personen dieser Kategorie ausnahmsweise die Erlaubnis zur Ablegung der Prüfung gegeben worden sein, jedoch mit der ausdrücklichen Versicherung, dass künftig derartige Ausnahmen nicht mehr gemacht werden würden.

— In Woronesh ist Dr. Konstantin Sslawski, Ordinator am dortigen Krankenhause des Roten Kreuzes, verhaftet worden, weil er sich weigert die Wohnungssteuer zu zahlen. Wie er der Polizei schriftlich erklärt hat, hält er sich als Mitglied der Kadettenpartei für verpflichtet, ihren Beschlüssen sich zu unterwerfen und müsse daher die Zahlung verweigern.

— Arretiert sind neuerdings: in Lublin der Ordinator am Vincenz-Hospital Dr. Stephan Rudski und in Kamenez-Podolsk Dr. P. J. Blonski.

— In den Petersburger Gefängnissen sind zurzeit 13 Studenten der militär-medizinischen Akademie wegen Beteiligung an politischen Umtrieben interniert.

— Die Hamburger Bürgerschaft hat mit 60 gegen 54 Stimmen den Senatsantrag, betreffend die Bildung eines ärztlichen Ehrengerichts angenommen. Das Ehrengericht erhält die Befugnis, Geldstrafen bis zu 3000 Mark über Aerzte zu verhängen, welche durch Unterbietung und übermässige Reklame die Standesehre schädigen.

— Den Militärfeldschern ist es neuerdings, nach dem Beispiel der Militärärzte, gestattet worden, auf den Eisenbahnen mit Fahrkarten III. Klasse in der II. Klasse zu fahren.

— Nach einer Zusammenstellung des «Journals der Gesellschaft russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow» sind bis jetzt 972 Personen der medizinischen Profession wegen politischer Beteiligung zur Verantwortung gezogen worden.

Verschiedene Mitteilungen.

— Wie aus Paris mitgeteilt wird, regte der Professor der Chirurgie Poirier in der Pariser Akademie der Medizin die Bildung einer französischen Liga zur Bekämpfung der Krebskrankheit und die Errichtung eines zentralen Instituts für Krebsforschung nach dem Vorbilde des Heidelberger Instituts an. Einer der Zuhörer, Dr. Henri Rothschild stiftete zu diesem Zweck sogleich 100,000 Francs. Ausserdem beabsichtigt die französische Regierung, für die Zwecke der Krebsliga eine Lotterie in der Höhe von 11 Millionen Francs zu konzessionieren. Französische Spezialisten sollen eine Studienreise zur Besichtigung des Heidelberger Instituts unternehmen.

— Nach dem neuen am 19. Oktober d. J. im Regierungsanzeiger veröffentlichten Reglement über die Eröffnung von Apotheken ist diese nicht mehr, wie bisher, von der Zahl der Einwohner und der Zahl der Rezepte, sondern in den Städten nur von der Zahl der im städtischen Rayon befindlichen Einwohner abhängig und zwar so, dass für die beiden Residenzen und die Stadt Warschau auf jede Apotheke nicht weniger als 12,000 für die Gouvernementsstädte und die Stadt Lodz 10,000 und für die Kreisstädte, die Kriegshäfen und die Stadt Jalta 7000 Einwohner auf jede Apotheke gerechnet werden. Bei dieser Berechnung können in St. Petersburg 24 neue Apotheken eröffnet werden. Ob eine solche Vermehrung der Apotheken in Petersburg gute Folgen haben wird, möchten wir bezweifeln.

— Der bekannte Krebsforscher Prof. Dr. Adamkiewicz in Wien hat, der «N. Fr. Pr.» zufolge, der Akademie der Medizin, deren Mitglied er ist, neuerdings wieder eine wichtige Mitteilung über die Heilung des Krebses nach seiner Methode und über die anatomischen Veränderungen im Krebsgewebe gemacht, welche den Prozess der Heilung begleiten.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 14. Okt. d. J. 11842 (269 mehr als in der Vorwoche), darunter 1298 Typhus — (37 mehr), 1222 Syphilis — (31 mehr), 550 Scharlach — (0 mehr), 302 Diphtherie — (22 mehr), 62 Masern — (15 mehr), und 13 Pockenkranke — (0 mehr als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 8. bis zum 14. Okt. d. J. im ganzen 698 (395 M., 303 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 36, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 12, Scharlach 30, Diphtherie 37, Croup 0, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 22, Erysipelas 6, Grippe 5, Katarrhalische Lungenentzündung 55, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 11, Tuberkulose der Lungen 82, Tuberkulose anderer Organe 29, Alkoholismus und Dilirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 43, Marasmus senilis 25, Krankheiten des Verdauungskanals 58, Totgeborene 38.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 31. Okt. 1906.

Tagesordnung:

Fuhrmann: Einiges über Gewichtskurven bei Neugeborenen.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 20. Nov. 1906.

Tagesordnung:

Serk: Ueber Buttermilch als Säuglingsnahrung.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio.
Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals.
Riga.

Dr. Rudolf Wanach.
St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift“ erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 44 St. Petersburg, den 4. (17.) November. 1906.

Bericht über 27 operativ behandelte Fälle von Graviditas extrauterina.

Von

Dr. med. Leo v. Lingen.

(Schluss.)

18. A. S. 28 a. n. Nr. 6824. 1905.

Diagnose: Graviditas tubaria sin. Haematocele.

Anamnese: Vor vier Jahren eine normale Geburt und später ein Abort im dritten Monat. Menses dreiwöchentlich von 4—5-tägiger Dauer, die letzte Regel hatte sie am 30. Juni, darauf zeigte sich Blut, hörte aber bald auf. Vor zwei Wochen erkrankte sie mit starken Leibschmerzen, wobei sich wieder Blut zeigte.

Status praesens 5. August. Leib ziemlich weich, nicht empfindlich, Temperatur 37,5, Puls 96. Portio vagin. aufgelockert, äusserer Muttermund für einen Finger durchgängig, Uterus nach rechts disloziert, etwas vergrössert, von weicher Konsistenz. Links vom Uterus, diesem anliegend, ein über faustgrosser, wenig beweglicher Tumor von weichelastischer Konsistenz, der zum Teil auch hinter dem Uterus liegt. Douglas frei. Kolostrum. Am 6. August wurde durch eine Probepunktion flüssiges Blut zu Tage gefördert, am Tage darauf war das Aussehen der Pat. verändert und ebenso der objektive Befund ein anderer: linkerseits war von aussen eine Resistenz zu fühlen, die 3 Finger unterhalb des Nabels reicht. Per vaginam liess sich gleichfalls eine bedeutendere Vergrösserung der Geschwulst konstatieren, das hintere Scheidengewölbe war eingenommen, der Uterus nicht deutlich abgrenzbar, die Grenzen der Geschwulst diffus.

Operation 8. August. Längsschnitt, wie üblich. Nach Eröffnung der Peritonealhöhle liegt ein frischer Haematocelensack vor, locker mit dem Netz und den Därmen, fester mit der hinteren Uteruswand verwachsen. Frisches Blut und mehrere Handvoll Gerinsel. Von dem nach rechts dislozierten Uterus geht rechterseits die 8 Ctm. lange und fingerdicke Tube ab, die sich nach unten schlägt und noch voluminöser wird, das Schwangerschaftsprodukt ist wahrscheinlich schon ausgestossen. Unterbindung und Entfernung der Tube. Die Darmschlingen und die hintere Fläche des Uterus sind mit Resten des Haematocelensackes besetzt, daher Kontreappertur im hinteren Scheidengewölbe. Schluss der Bauchhöhle.

Der postoperative Verlauf, den ich wegen Abwesenheit von Petersburg nicht selbst verfolgte, war nicht glatt. Die Temperatur war erhöht bis 39,2. Das hintere Scheidengewölbe war anfangs durch einen Marlystreifen drainiert und dieser öfters gewechselt, es entleerte sich beim Tamponwechsel zersetztes übelriechendes Blut, später am 10. Tage wurde ein Drainrohr eingeführt, welches nach drei Tagen in der Kontreappertur nicht gefunden wurde, weshalb angenommen wurde, dass dieses beim Stuhlgang herausgefallen war. Die Oeffnung hatte sich soweit verengt, dass erst nach erfolgter Erweiterung mit der Kornzange wieder ein Drainrohr eingeführt wurde. Allgemeinbefinden war gut, Puls wenig beschleunigt, keine Schmerzhaftigkeit des Leibes. Am Tage der Entfernung der Nähte ist notiert, dass die Wunde per primam geheilt ist, nach einigen Tagen jedoch bildete sich ein Fistelgang. Als ich Pat. am 17. Tage nach der Operation wieder sah, fand ich den Allgemeinzustand gut, Leib weich, Temperatur 37,0. Puls 108, per vaginam ziemlich reichliches Sekret durch das Drainrohr. Am 23. Tage brach auf der Nahtlinie ein oberflächlicher, 10 Kopeken grosser, Abszess auf, am 27. Tage wurde das Drain entfernt. Am 40. Tage wurde Pat. mit oberflächlich granulierender Wunde entlassen. Der Uterus war anteflektiert, links vorn fühlte man eine nicht empfindliche Resistenz. Pat. praesentierte sich mir nach zwei Monaten. Mittlerweile war die Wunde zugeheilt, vor 3 Wochen aber wieder aufgegangen. Pat. trat wieder ins Hospital ein, wo ich in der Nahtlinie einen Fistelgang konstatierte, der 10—12 Ctm. in die Tiefe führte. Der Sondenknopf war durch das hintere Scheidengewölbe zu fühlen. Aus dem Fistelgang wurden zwei Ligaturen entfernt. Bei Gelegenheit einer Inzision des hinteren Scheidengewölbes auf dem durch die Fistel eingeführten Sondenknopf und der Durchleitung eines Tampons von oben durch die angelegte Oeffnung kam ein Gummidrainrohr zum Vorschein; die Hoffnung, die Fistel würde nun zuheilen, ging nicht in Erfüllung. Auch eine nach mehreren

Monaten vorgenommene Erweiterung des Fistelganges mit vollkommener Durchtrennung der Nahtlinie bis aufs Peritoneum, Auskratzung des Fistelganges, Drainage des hinteren Scheidengewölbes und Naht der Bauchdecken führte nicht zum Ziel. Die ganze Wundlinie heilte per primam bis auf die Stelle der Fistel. Mit dieser wurde Pat. im Uebrigen in bester Gesundheit entlassen. Im September 1906 habe ich Pat. wieder gesehen, die Fistel ist nicht geheilt, die Sonde geht 7 Ctm. in die Tiefe, Uterus beweglich, anteflektiert, links schmerzlose geringe Resistenz. Ich begann Pat. mit dem Bier'schen Saugapparat zu behandeln und kann im Augenblick über das Resultat dieser Behandlung noch kein Urteil fällen.

19. N. B. 29. a. n. Nr. 7264. 1905.

Diagnose: Graviditas tubaria dextra. Haematocele.

Anamnese. Ein Abort und drei normale Geburten, die letzte vor 5 Monaten, Pat. hat gestillt. Vor zwei Monaten zeigte sich ein Mal etwas Blut (Menses?), Anfang August stellten sich Schmerzen ein. Pat. litt an Schwindel, fiel, auf dem Hofe gehend, in Ohnmacht, aus der sie nach ihrer Angabe nach zwei Stunden zu sich kam. Vor zwei Tagen ging ein Stück Eihäute ab, welche ein Arzt für einen Abort gehalten hat.

Status praesens 15. August. Aussehen etwas anaemisch, Temperatur 37,3, Bauchdecken gespannt, Portio vagin. sukkulent, Muttermund geschlossen, Uterus etwas vergrössert, weich, nach links disloziert, rechts eine empfindliche Resistenz, blutiger Abgang, Kolostrum. Nach wenigen Tagen änderte sich das Bild: von aussen war ein drei Finger unterhalb des Nabels reichender, recht empfindlicher, unbeweglicher Tumor zu fühlen, Portio vagin. war der Symphyse genähert, der Uterus war gesondert nicht zu fühlen, sondern allseitig von einer weich anzufühlenden Geschwulst umgeben, das Scheidengewölbe war herabgedrückt, bei der Probepunktion erhält man dunkles flüssiges Blut. Der fortschreitende Prozess nötigte zur Operation.

Operation 27. August. Am Morgen der Operation ist die Temperatur 38,6, Puls 88. Schnitt wie gewöhnlich. Nach Durchtrennung des verdickten Peritoneums fliesst flüssiges, frisches Blut ab. Verwachsung des blutig imbibierten Netzes mit den Därmen und mit dem ziemlich fleischigen Haematocelensack, welcher einreisst und eine Menge frischer Koagula (450 Gramm) enthält. Die rechte 12 Ctm. lange Tube ist verdickt, mit der hinteren Fläche des Uterus verwachsen, enthält im abdominalen, trichterartig erweiterten Abschnitt das zerstörte Ei, die Tubenwand ist an dieser Stelle papierdünn. Entfernung der Tube und des mit derselben verwachsenen Ovariums. Die linke 12 Ctm. lange, verdickte Tube wird gleichfalls entfernt, das Ovarium obgleich vergrössert und in Adhaesionen eingebettet, gelassen. Stücke des Haematocelensackes bleiben zurück. Kontreappertur. Schluss der Bauchdecken.

Postoperativer Verlauf. Einige Tage bestand Fieber, welches auf den Darm zurückzuführen war, der Leib war nirgends empfindlich, keine Sekretretention, die Wunde heilte ideal. Am 23. Tage wurde Pat. mit normalem Befund gesund entlassen. Am 26. November 1905 sah ich Pat. in bester Gesundheit, Narbe normal, ebenso der lokale Befund.

20. H. J. 25 a. n. Nr. 7226. 1905.

Diagnose: Graviditas tubaria sin.

Anamnese. Zweimal geboren, zweimal abortiert. Die letzte Regel vor 7 Wochen. Vor einer Woche erkrankte Pat., nachdem sie eine Last gehoben, mit starken Leibschmerzen, Blutung und Erbrechen. Pat. wurde in die therapeutische Abteilung mit der Diagnose Gastro-Enteritis aufgenommen und bald darauf in die gynaekologische Abteilung übergeführt.

Status praesens 16. August. Ziemlich anaemisches Aussehen, Temperatur 38,0, Puls 84. Leib gleichmässig leicht aufgetrieben, empfindlich bei Berührung, besonders links über der Symphyse, wo der Perkussionsschall leicht gedämpft ist Portio vagin. weich, Uterus anteflektiert, nicht deutlich abzutasten, in linken Scheidengewölbe Infiltration. Untersuchung sehr empfindlich. Kolostrum. Die Temperatur war subfebril bis 38,5, links vom Uterus bildete sich ein faustgrosser weicher Tumor. Bei der Probepunktion erhielt man flüssiges Blut.

Operation 31. August. Längsschnitt wie gewöhnlich, Peritoneum verdickt, nach dessen Durchtrennung entquillt der Bauchhöhle dunkles flüssiges Blut. Der Haematocelensack ist mit Netz und Darmschlingen verwachsen und enthält frische und alte Gerinsel. Die linke gravide Tube ist stark verdickt und an ihrem abdominalen Ende erweitert. Dieselbe wird mitsammt dem Ovarium abgebunden und entfernt. Die rechten Adnexa, welche pathologisch verändert und in alte Schwarten gebettet sind, werden exstirpiert, ein Stück des Netzes reseziert, Kontreappertur im hinteren Scheidengewölbe. Schluss der Bauchhöhle. Chloroformverbrauch 75 Gr.

Postoperativer Verlauf. Am Tage nach der Operation hatte Pat. einen Puls von 136, Temperatur 36,0. Pat. sah schlecht aus, gegen Abend wurde der Puls kaum fühlbar, Pat. klagte über Atemnot, kollabierte und starb in der Nacht unter den Zeichen von Herzschwäche.

Die von dem Prosektor des Peter-Paul-Hospitals Dr. Th. Tschistowisch am 2 September ausgeführte Sektion sub Nr. 569 ergab folgendes: Leiche von grossem Wuchs, kräftiger Konstitution und Ernährung. Hautdecke leicht gelblich. Unterhalb des Nabels auf der Linea alba eine Operationswunde von 13 Ctm.

Beide Lungen frei, Lungengewebe blutarm. Herz 10 und 9 Ctm., unter dem Epikard punktförmige Haemorrhagien, Klappen unverändert. Milz 11 und 7 Ctm., Gewebe hellrot, fleischig. Leber 21, 14, 12, 7 Ctm. verkleinert, das Gewebe muskatfarben, Azini atrophisch, von gelblicher Farbe, das interazinöse Gewebe erweitert von rötlicher Färbung. In der Gallenblase teerfarbene Galle. Nieren blutarm. Beide Eileiter, sowie die Ovarien sind entfernt, an ihrer Stelle kurze Stümpfe. Harnblase fast leer. Uterus etwas vergrössert, die Schleimhaut ist bedeckt mit einer leicht abkratzbaren rötlichen Masse. Das hintere Scheidengewölbe hat eine Oeffnung, durch die ein Tampon durchgeführt ist. Im Douglas Fetzen und Stücke der Haematocele, ein Teil des Netzes ist reseziert. In der Bauchhöhle 2-3 Esslöffel einer blutig serösen Flüssigkeit. In der Magenschleimhaut zahlreiche kleine Erosionen, welche zum Teil mit kleinen Schorfen bedeckt sind, auf der Serosa zahlreiche grauliche Punkte, die Serosa des Darms normal. Das Peritoneum überall spiegelnd, hie und da hyperaemisch.

Epikrisis: Graviditas tubaria sin. Ablatio tubarum et ovariorum per laparot. Anaemia profunda. Hepar moschat. Causa proxima mortis: Anaemia acuta.

21. M. D. 32 a. n. Nr. 9384. 1905.

Diagnose: Graviditas tubaria dextra, Haemorrhagia diffusa in cav. periton., Anaemia acuta.

Anamnese: Zweimal geboren, die letzte Geburt vor 11 Jahren, Menses alle 3 Wochen, 6 Tage, die letzte Regel im August. Vom 13—19 Oktober zeigte sich Blut in mässiger Menge, am 19. Oktober ging ein häutiges Stück ab, zwei Tage darauf bekam Pat. starke Schmerzen und fühlte sich schwach.

Status praesens 20. Oktober. Ist von Prof. P. Sadowski aufgenommen. Haut und Schleimhäute sehr blass, Puls sehr schwach und ungleich 100. Temp. 36,6. Leib aufgetrieben und empfindlich, besonders in der rechten Seite des Unterleibes, wo eine Resistenz zu fühlen ist. Der Perkussionsschall ist an dieser Stelle gedämpft. Die Dämpfung über den seitlichen Partieen rechts geht auf die linke Seite über und reicht vier Finger oberhalb der Symphyse. Deutliche Fluktuation. Introitus vaginae blass, von bläulicher Färbung. Portio vagin. steht tief, weich und ist nach links disloziert. Uterus eleviert, auch nach links disloziert, das rechte und hintere Scheidengewölbe sind von einer Resistenz von elastischer Konsistenz eingenommen, Fluktuation ist hier, wenn auch nicht sehr deutlich, wahrzunehmen. Geringe Blutung. Der schwere Allgemeinzustand der Pat. erforderte einen sofortigen operativen Eingriff.

Operation 22. Oktober. Ueblicher Längsschnitt. Nach Eröffnung der Peritonealhöhle fliesst eine grosse Menge flüssigen frischen Bluts heraus, massenhaft frische Gerinsel in der Bauchhöhle. Die Gravidität sitzt in der rechten Tube, welche 2—3 Ctm. nach ihrem Abgang vom Uterus sich allmählich dilatierend in einen dünnwandigen Tumor übergeht. Nach Unterbindung des etwas verdickten Lig. infundibulo pelvicum wird die Tube entfernt. Das rechte etwas vergrösserte Ovarium, sowie die von Adhaesionen umgebenen linksseitigen Adnexa werden gelassen. Schluss der Bauchhöhle. Kochsalzinfusion.

Postoperativer Verlauf. Das Aussehen der Pat. wurde nach der Operation besser, der Puls 120 hob sich. Am 4., 5. und 6. Tage fieberte Pat., dabei fehlten irgend welche Erscheinungen von Seiten des Bauchfells oder der Wunde und ist das Fieber aller Wahrscheinlichkeit nach auf den Darm zu schieben, welcher vor der Operation im Hinblick auf die gefahrdrohende Lage nicht entleert wurde. Nach Reinigung des Darms fiel die Temperatur und blieb normal. Die Wunde heilte per primam. Am 23. Tage wurde Pat. mit normalem Befund entlassen.

22. M. G. 38 a. n. Nr. 8685. 1905.

Diagnose: Graviditas tubaria sin?. Haematocele.

Anamnese. Ein Abort und drei normale Geburten, die letzte vor drei Jahren. Menses alle drei Wochen von 7-tägiger Dauer, ohne Schmerzen. Die letzte Regel am 10. Juli, am 25. September erkrankte Pat. mit starken wehenartigen Schmerzen und Blutung, dabei wurde Pat. blasser, anfangs ging sie noch herum. Als sich ihr Zustand nicht besserte, wandte sie sich an Dr. Urwitsch, der sie mit der Diagnose Graviditas extrauterina an mich wies.

Status praesens 20. Oktober. Ziemlich hoher Grad von Anaemie, Temperatur 36,6, Leib stark aufgetrieben und gespannt, Schleimhaut des Introitus bläulich verfärbt, Portio vagin. weich, äusserer Muttermund leicht eröffnet, Uterus vergrössert, weich aber nicht deutlich abzutasten, im hinteren Scheidengewölbe und links eine wenig empfindliche Resistenz von undeutlicher Umgrenzung zu fühlen, kein Blut. Im weiteren Verlauf nahm die Geschwulst stetig zu und erreichte schliesslich die Mitte zwischen Nabel und Symphyse, die Temperatur war subfebril. Der Uterus war eleviert und von einer Geschwulst von elastischer Konsistenz, welche das hintere Scheidengewölbe vorbauchte, umgeben. Dabei bestand Ikterus. Auf die vorgeschlagene Operation ging der Mann der Pat. auf keinen Fall ein. Pat. wurde in diesem Zustand am 17. Oktober auf einer Tragbahre in ihre benachbarte Wohnung getragen. Am 1. November sah ich Pat. wieder mit Dr. Urwitsch, welcher die Weiterbehandlung geleitet hatte. Das Bild hatte sich wesentlich geändert: das Aussehen der Pat. war schlecht, verfallen, Zunge trocken, belegt, Puls 118 ziemlich schwach, Temperatur 37,4, leichter Ikterus, mehrfaches Erbrechen. Der Leib war sehr stark aufgetrieben, Leber und Milz in die Höhe getrieben, überall tympanitischer Ton. Die früher vorhandene Resistenz war nicht zu fühlen, die Portio vagin. stand tief, das Scheidengewölbe war links und besonders hinten vorgebaucht, man fühlte Fluktuation, Uterus nicht durchzufühlen. Bei dem eben beschriebenen Zustand wäre eine Laparotomie sehr riskant gewesen, daher begnügte ich mich mit dem hinteren Scheidenschnitt, welchen ich am folgenden Tage ausführte.

Operation 2. November. Querschnitt im hinteren Scheidengewölbe, nach Durchtrennung desselben quellen mässige Mengen dunklen unzersetzten Bluts hervor. Die Oeffnung wird stumpf dilatiert, der eingeführte Finger gelangt links in eine Höhle, rechts stösst derselbe auf Verwachsungen und Gerinsel, an welchen nicht gerührt wird. Tamponade und subkutane Infusion von physiologischer Kochsalzlösung. Der eingeführte Tampon war bald durchblutet, doch stand die Blutung.

Postoperativer Verlauf. Der Puls war anfangs recht frequent, am Abend desselben Tages 148, aber voller bei einer Temperatur von 37,6. Der Leib fiel in den nächsten Tagen ab, es bildete sich eine von aussen links über der Symphyse durchzufühlende Resistenz, über welcher der Schall gedämpft war bei allmählich sich besserndem Allgemeinbefinden und zunehmendem Kräftezustand trotz fieberhafter Temperatur und Ikterus. Am 12. Tage wurde ein 9 Ctm. langer mazerierter Foetus mit Nabelschnur und am 20. Tage ein zersetztes Plazentarstück ausgestossen. Danach fiel die Temperatur und Pat. wurde am 29. Tage mit folgendem Befund entlassen: Uterus anteflektiert, beweglich, hinten und links vom Uterus eine geringe Resistenz. Granulierende kleine Oeffnung im hinteren Scheidengewölbe, wenig Sekret, Temperatur 37,0, Puls 84. Am 30. September 1906 sah ich Pat. wieder, sie fühlte sich wohl, von der Resistenz war nichts mehr zu fühlen.

23. A. E. 38 a. n. Nr. 1387. 1905.

Diagnose: Graviditas tubaria sin. Haemorrhagia recens diffusa in cav. perit. Anaemia acuta.

Anamnese. Zweimal abortiert und 7 mal geboren, Wochenbett normal, vor 16 Monaten Zwillinge, die Pat. bis vor kurzem gestillt hat. Während des Stillens war die Menstruation nicht aufgetreten, nur ein Mal vor 14 Tagen zeigte sich etwas Blut. Pat. hat periodenweise an Oedemen der unteren Extremitäten und des Gesichtes, sowie an Unregelmässigkeit der Herztätigkeit gelitten, noch vor drei Wochen waren deutlich Oedeme nachzuweisen. Nach einem heissen Bade am 3. Dezember erkrankte Pat. in der Nacht auf den 4. Dezember mit heftigen Schmerzen im Leibe, gegen die sie heisse Kompressen und Klysma anwandte. Die Schmerzen wurden immer ärger, sie bekam Schwindel und wurde ohnmächtig. Der herbeigerufene Kollege, Dr. Urwitsch, fand Pat. ohne Puls vor, injizierte mehrere Spritzen Kampher subkutan und stellte die Diagnose Graviditas extrauterina. Als ich Pat. unmittelbar darauf mit Dr. Urwitsch sah, fand ich Folgendes.

Status praesens 4. Dezember. Hochgradige Anaemie der Hautdecken und sichtbaren Schleimhäute, verfallenes Aussehen, Puls kaum zu fühlen, nicht zählbar, kalte Extremitäten, blasse feuchte Zunge. Pat. antwortet mit Anstrengung auf die an sie gerichteten Fragen. Leib etwas aufgetrieben, schlaffe Bauchdecken, über der Symphysis und links in der Unterbauchgegend bis zur Höhe der Spina ossis ilei ant. sup. gedämpfter Schall, sonst überall tympanitischer. Bei der Palpation starke Empfindlichkeit der unteren Partien des Leibes, besonders links. Schleimhaut des Introitus blass, keine livide Verfärbung, Portio vagin. hypertrophisch sukkulent. Uterus deutlich abgrenzbar, weich etwas vergrössert, links ein gänseeigrosser sehr empfindlicher Tumor von prall elastischer Konsistenz, im hinteren Scheidengewölbe keine Fluktuation. Da hier keine Minute zu verlieren war, wurde Pat. sofort in meine Privatklinik übergeführt, wo ich sie sofort nach mehrmaligen Kampherinjektionen und Applikation eines Lavements mit physiologischer Kochsalzlösung operierte.

Operation. Pat. ist, als sie auf den Operationstisch gelegt wird, ohne Puls. Leibschnitt, wie gewöhnlich, blutleere, schlaffe Bauchdecken. Nach Eröffnung der Peritonealhöhle quellen reichliche Mengen hellroten Bluts hervor. Es erweist sich, wie vermutet, dass die linke Tube der Sitz der Gravidität ist. Der mittlere Teil des Eileiters ist in einen dünnwandigen, etwa hühnereigrossen, bläulichen Tumor verwandelt, dieser zeigt eine wenige Millimeter grosse Oeffnung, aus der Blut heraussickert. Die Tube ist durch einen ein Ctm. dicken Strang an den Uterus fixiert und nach unten geknickt. Nach Durchschneidung des Strangs wird die Tube und das cystös degenerierte Ovarium entfernt. Rechtsseitige Adnexa normal. Im Douglas und den Seitenpartien der Bauchhöhle frische Gerinsel, deren Gewicht über 400 Gr. beträgt. Schluss der Bauchhöhle. Während der Operation stellte sich der Puls, wenn auch schwach, wieder ein.

Postoperativer Verlauf vollkommen glatt, Puls und Temperatur normal, die Wunde heilte per primam. Vier Tage nach der Operation ging ein 5 Ctm. langer Dezidualfetzen per vaginam ab. An der Herzspitze war gelegentlich ein leises systolisches Geräusch zu hören, Urin ohne Eiweiss. Am 19. Tage wurde Pat. mit normalem Befunde und ideal verheilter Wunde nach Hause entlassen. Wenige Wochen darauf wurde Pat. wieder gravid, zum letzten Mal traten die Menses am 1. Februar 1906 auf, Pat. befindet sich, wie der behandelnde Kollege, Dr. Urwitsch, mir freundlichst mitteilte, im achten Schwangerschaftsmonat und fühlt sich gesund.

Anmerkung bei der Korrektur: Pat. hat am 6. November 1906 eine normale Geburt durchgemacht.

24. W. K. 35 a. n. Nr. 11240. 1905.

Diagnose: Graviditas tubaria dextra.

Anamnese. Zweimal geboren, das letzte Mal vor einem Jahr, hat bis zum September gestillt. Im Oktober verspäteten sich die Menses um 6 Tage, im November fehlten sie ganz. Am 8. Dezember zeigte sich Blut bis zum 16. Dezember, in dieser Zeit hatte sie starke Schmerzen und wurde blasser, weshalb sie vom Kollegen Dr. Sabinin an mich gewiesen wurde.

Status praesens 17. Dezember. Etwas anaemisches Aussehen, Temperatur 37,4. Leib weich, eingefallen, in den unteren Partien schmerzhaft, tympanitischer Schall mit Ausnahme der unteren Partien, wo drei Finger über der Symphyse der Schall gedämpft ist, daselbst fühlt man eine Resistenz und rechts einen deutlich hervortretenden Tumor. Alter Dammriss, Schleimhaut des Introitus blass, Portio vagin. klein, der Symphyse genähert, Muttermund geschlossen, Uterus in Anteversio und Elevatio nicht deutlich zu kontourieren, das hintere Scheidengewölbe vorgebuchtet durch eine fluktuierende Geschwulst, kein Blut. Dieser Zustand hielt zwei Tage an, darauf änderte sich mit einem Male das Bild: die Resistenz nahm merklich zu, die Schmerzen wurden ärger, der Puls ging vorübergehend auf 140, war leicht unterdrückbar, das Aussehen der Pat. hatte sich sehr zum Schlimmeren verändert. Daher wurde Pat. noch um 12 Uhr Nachts operiert.

Operation 20. Dezember. Längsschnitt, wie gewöhnlich, blutreiche Bauchdecken, nach Eröffnung der Bauchhöhle, in der sich kein freies Blut befindet, sieht man rechts vom Uterus einen über zweifaustgrossen prallelastischen Tumor, der intraligamentär liegt und tief nach unten reicht. Die mit dem Tumor locker verwachsenen Darmschlingen werden gelöst. Nach Unterbindung des Lig. infundibulo-pelvicum wird das vordere vorgebauchte Blatt des Ligam. latum quer durchtrennt, worauf sich reichliche Mengen frischen Bluts ergiessen. Nach Ausräumung der frischen Koagula und Freilegung der Tube wird zwecks Blutstillung ein Péan auf das verdickte Ligam. latum nahe dem rechten Rande der Gebärmutter angelegt; der obere Teil des Ligam. latum mit einigen Nähten versorgt, worauf die Blutung steht. Entfernung der rechten Tube und des gleichseitigen Ovariums. Der mittlere Teil der Tube ist in eine Höhle verwandelt mit fetzigen Rändern, die Fimbrien sind geschwollen, von Membranen eingehüllt, Tube mit Ovarium verbacken. Wahrscheinlich war diese

in ihrem mittleren unteren Teil geplatzt und hat sich das Blut zwischen die Blätter des Ligam. latum ergossen und auf diese Weise ein intraligamentäres Haematom gebildet. Die linken Adnexa sind normal. Im hinteren Scheidengewölbe wird eine Kontreappertur angelegt. Schluss der Bauchhöhle.

Postoperativer Verlauf. Gleich nach der Operation wurde der Puls sehr schwach, Kampher subkutan und Infusion von physiologischer Kochsalzlösung in die Fossa infraclavicul. Am nächsten Morgen war die Temperatur 36,5, der Puls 116 ungleich, schwach. Am Tage darauf war der Allgemeinzustand ein verhältnismässig guter, der Puls war voller geworden 110, die Rekonvaleszenz ging normal von Statten, die Temperatur erhob sich ein Mal auf 38,0. In der Mitte der Bauchwunde waren einige oberflächliche Nähte vereitert, im Uebrigen war die Wunde gut geheilt. Am 26. Tage nach der Operation wurde Pat. gesund entlassen. Am 21. August 1906 veranlasste Dr. Sabinin auf meine Bitte Pat. sich vorzustellen, ich sah dieselbe in blühender Gesundheit, normaler Narbe und normalem Lokalbefund.

25. A. S. 30 a. n. Nr. 309. 1906.

Diagnose: Graviditas tubaria dextra. Haematocele.

Anamnese. Zwei normale Geburten, die letzte vor vier Jahren. Menses früher regelmässig, in letzter Zeit unregelmässig, bis zum 24. Dezember zeigte sich Blut (Menses?), Ende Dezember wieder. Am 4. Januar 1906 wurde sie ohnmächtig und fiel vom Stuhl, darauf lag Pat. 4 Tage zu Bett und trat am 9. Januar in die therapeutische Abteilung, wo ich sie am 11. Januar sah und folgenden.

Status praesens erhob. Aussehen gut, keine ausgesprochene Anaemie. Puls 84, Temp. 37,3. Zunge belegt. Kolostrum. Obere Partie des Leibes eingefallen, die unteren werden durch eine Resistenz vorgewölbt, über welcher der Perkussionsschall gedämpft ist. Die Resistenz fühlt sich weich, fast fluktuierend an, ist nicht empfindlich, die obere Grenze vier Finger über der Symphysis. Die hintere oedematöse Scheidenwand wölbt sich vor, ebenso das hintere Scheidengewölbe, das den Eindruck der Fluktuation hervorruft. Portio vagin. weich, der Symphyse genähert, Uterus nicht abzutasten infolge der das kleine Becken einnehmenden fluktuierenden Geschwulst. Probepunktion fördert dunkles Blut zu Tage.

Operation 13. Jan. (Frl. Dr. Raab). Ueblicher Längsschnitt, nach Durchtrennung des Peritoneums und Lösung der lockeren Verbindungen des Netzes mit dem Darm einerseits und der Darmschlingen unter einander und den Adnexen andererseits, ergiesst sich eine Menge alten dunklen Bluts mit üblem Geruch. Die linksseitigen Adnexa sind von Adhaesionen umgeben und mit dem Haemotocelensack verwachsen, die Tube ist stark verdickt, das Ovarium cystisch degeneriert, die Adnexa werden entfernt. Der Sitz der Gravidität befindet sich in der rechten Tube. Diese ist sehr verdickt, das stark erweiterte abdominale Ende geht gleichsam in den Haematocelensack über. Die Tube, sowie das kleincystisch degenerierte Ovarium sind allseitig von Schwarten umgeben und werden abgetragen. Der ganze Douglas voller Gerinsel. Drainage durch das hintere Scheidengewölbe. Schluss der Bauchhöhle.

Postoperativer Verlauf. Puls und Temperatur blieben immer normal (nur ein Mal 37,9). Die Wunde war anfangs per primam verheilt, später bildete sich am unteren Wundwinkel ein geringes Infiltrat, das am 13. Tage vereiterte und durch die Wundlinie durchbrach. Pat. wurde am 29. Tage mit einer oberflächlich granulierenden Wunde ausgeschrieben.

26. A. E. 31 a. n. Nr. 3049. 1906.

Diagnose: Graviditas tubaria dextra. Haematocele.

Anamnese. 6 mal geboren, darunter eine Zangengeburt, das letzte Mal vor einem Jahr, danach fieberhaftes Wochenbett, hat gestillt bis Jan. 1906. Nach der Geburt nur ein Mal menstruiert am 20. Febr., die nächste Regel kam am 25. März, doch erkrankte sie schon einige Tage früher mit Schmerzen im Leib, Durchfall und Fieber. Pat. wandte sich an Dr. Urwitsch, der sie an mich wies.

Status praesens 27. März. Guter allgemeiner Ernährungszustand, etwas anaemisch, Puls 76, Temp. 37,7. Der Leib stark aufgetrieben, Schmerzhaftigkeit im Unterleib. Grosser Dammriss bis ins Rektum, Vorfall der hinteren Scheidenwand, Port. vagin. mit Einrissen beiderseits, weich, Muttermund geöffnet, Uterus nicht deutlich zu fühlen, im hinteren Scheidengewölbe eine harte Resistenz, welche nach beiden Seiten hin sich ausbreitet, besonders nach rechts. Abgang von Blut. Kolostrum. An der Herzspitze ein anaemisches systolisches Geräusch. Nach zwei Tagen trat eine wesentliche Veränderung ein; der Leib fiel ab und man fühlte deutlich rechterseits durch die schlaffen Bauchdecken einen sich vorwölbenden, scharf abgegrenzten, rundlichen Tumor von weicher Konsistenz, die obere Grenze desselben reichte bis zur Höhe der Spina oss. ilei ant. super., über dem Tumor gedämpfter Schall. Der Uterus war jetzt deutlich als vergrössert und weich anzufühlen, die Resistenz im hinteren Scheidengewölbe unverändert. Rechts über dem Uterus der oben beschriebene Tumor zu fühlen. Temp. 37,4 und 38,5. Nach einigen Tagen nahm die Haemotocele zu, es stellte sich undeutlich Fluktuation ein, die Temperatur blieb fieberhaft (bis 39,0). Wegen der fortgesetzt hohen Temperatur musste von einer Laparotomie abgesehen werden und für die Entleerung durch das hintere Scheidengewölbe gesorgt werden.

Operation 8. April. Breiter Querschnitt durch das hintere Scheidengewölbe, es entleerten sich zwei Esslöffel reinen Eiters, der eingeführte Finger gelangt in eine mehr rechts gelegene Höhle, bis zur oben beschriebenen Geschwulst aber gelangt der palpierende Finger nicht. Drainage.

Postoperativer Verlauf. Die Temperatur fiel anfangs, stieg aber alsbald unter Schüttelfrösten bis 40,1. Die eitrige Sekretion ging dabei unbehindert durch den Drain von Statten und das Allgemeinbefinden war im Ganzen gut. Linkerseits bildete sich ein schmerzhaftes Infiltrat, das sich nach einiger Zeit resorbierte. Als Pat. am 25. Mai das Hospital verliess, mit der Weisung sich wieder zu zeigen, war der Uterus beweglich, anteflektiert, linkes Scheidengewölbe frei, rechts liegt dem Uterus, mit diesem verbacken ein rundlicher apfelgrosser Tumor von weicher Konsistenz an. (Haematosalpinx). Am 2. Sept. sah ich Pat., die über beständige Schmerzen und Ausfluss klagte, und erhob folgenden Befund: Uterus klein, anteflektiert, rechts vom Uterus fühlt man einen Strang (Tube), der in einen apfelgrossen, rundlichen Tumor von mehr weicher Konsistenz übergeht. Dieser ist im Laufe von 3½ Monaten um ein Geringes kleiner geworden und macht Pat. beständig Schmerzen. Ich überredete Pat. sich einer Operation zu unterziehen, doch bat sie um Aufschub, da sie in ihren Angelegenheiten ins Dorf fahren müsse.

27. P. K. 35 a. n. Nr. 4987. 1906.

Diagnose: Graviditas tubaria sin.

Anamnese. Dreimal geboren, das letzte Mal vor 5 Jahren, in dem letzten Jahr unregelmässige Menses, sehr reichlich. Pat. blutet jetzt vier Wochen, vorher war die Regel auf 1—2 Wochen verspätet. Vor zwei Wochen heftige Leibschmerzen.

Status praesens 16 Mai. Mässige Ernährung, Puls 120, Temp. 37,4. Leib etwas aufgetrieben, besonders in den unteren Partieen, überall tympanitischer Schall. Portio vagin. vergrössert, Erosionen, Uterus kaum vergrössert, anteflektiert-beweglich, rechts fühlt man die Tube in eine Resistenz ohne scharfe Ränder abgehen, im Douglas ein geringes weiches Infiltrat. Nach einigen Tagen liess sich links hinter dem Uterus eine weiche, gänseeigrosse Geschwulst deutlicher abgrenzen, welche am folgenden Tage bedeutend zunahm. Am 25. Mai war das Aussehen der Pat. mit einem Male sehr verändert, der Puls betrug 130, die linksseitige Resistenz hatte so zugenommen, dass sie bis zum Nabel hinauf reichte. Die jähe Veränderung und das anaemische Aussehen erforderten operativen Eingriff.

Operation 25. Mai. Ueblicher Längsschnitt, nach Durchtrennung des Peritoneums fliesst dunkles Blut heraus, die Bauchhöhle ist angefüllt mit frischen Gerinseln. Die linke Tube ist der Sitz der Schwangerschaft: dieselbe erweitert sich nach anfänglich normalem Verlauf zu einem weiten Trichter, in dem der Abort gesessen. Das abdominale Ende ist mit den umgebenden Därmen locker verbunden. Unterbindung und Abtragung der linksseitigen Adnexa. Die rechtsseitigen Adnexa sind von fester Adhaesion umgeben, die Tube wird entfernt, das cystisch degenerierte Ovarium ignipunktiert und gelassen. Schluss der Bauchhöhle.

Postoperativer Verlauf. Temp. nur ein Mal am 11. Tage erhöht auf 38,7, sonst normal. Die Wunde verheilte per primam, Pat. wurde am 23. Tage gesund entlassen: Uterus beweglich, links eine pflaumengrosse unempfindliche Resistenz. Narbe normal.

Wie aus den Krankengeschichten zu ersehen ist, bin ich 22 mal per laparotomiam vorgegangen und in 5 Fällen habe ich das hintere Scheidengewölbe eröffnet. Meist war der Weg durch die klinischen Erscheinungen und den lokalen Befund angezeigt. Hier teilen sich die Ansichten der Operateure: die Einen eröffnen die Bauchhöhle von oben, die Anderen ziehen den vaginalen Weg vor. Es würde uns zu weit führen, die Literatur nach

dieser Richtung genauer zu durchmustern. Im Allgemeinen gebe ich der Coeliotomie den Vorzug, das bezieht sich auf die Fälle, die im akuten Stadium eintreten d. h. nach soeben erfolgter innerer Blutung, wo sich neben frischen Koagulis noch reichliche Mengen Bluts in der Bauchhöhle befinden und diese nocht nicht Zeit gefunden sich nach dem Gesetz der Schwere als eine koagulierte Blutmasse im hinteren Scheidengewölbe zu etablieren. Aber auch in den Fällen, wo sich eine frische Haematocele bildete, die nicht allein das hintere Vaginalgewölbe mehr weniger ausbuchtete, sondern auch den Uterus von der einen Seite oder auch allseitig umgab, so dass die von aussen fühlende Hand einen Tumor fast bis Nabelhöhe palpierte, führe ich die Laparotomie aus, weil ich diese für solche Fälle für radikaler halte. Dabei wird neben der affizierten Tube in der die Gravidität sich abgespielt und die gewöhnlich so verändert ist, dass von einer restitutio ad integrum nicht viel zu hoffen ist, die Blutkoagula und, soweit es geht, der Haematocelensack entfernt.

Wie aus den Krankengeschichten hervorgeht wurden 9 Kranke (Nr. 1, 4, 6, 7, 12, 16, 21, 23, 24) wegen drohender innerer Blutung und hochgradiger Anaemie, einige in schwerem Kollaps sofort nach ihrer Einlieferung ins Hospital operiert, von diesen sind alle 9 gesund entlassen. Die ausgebluteten Kranken, die den Eindruck einer schwer Kranken machen, erholen sich erstaunlich rasch nach der Operation: der Puls stellt sich ein, resp. hebt sich schon während der Operation, wird in den nächsten Tagen langsamer und voller, die anfangs leichenblassen Wangen beginnen sich zu röten und die infolge des Blutverlustes reduzierte Harnquantität nimmt von Tag zu Tag zu Es gibt wohl kaum eine Operation, die für die Patientin, deren Leben an einem Fädchen gehangen, so lebensrettend, deren augenblicklicher Erfolg ein so eklatanter und für den Arzt zur Befriedigung gereichender ist, wie die in Frage stehende. Bei den übrigen Patientinnen wurde der Eingriff später vorgenommen, in manchen Fällen nötigte ein späterer Nachschub zum Messer zu greifen, in anderen die langsame Zunahme der Haematocele oder ungenügende Resorption derselben.

Bei 22 Laparotomierten wurde 12 mal im hinteren Scheidengewölbe eine Kontreapertur angelegt und drainiert. In frischen Fällen bin ich ohne Drainage ausgekommen. In den Fällen jedoch, wo grössere Teile des Haematocelensackes fest verlötet mit dem Darm oder der hinteren Fläche des Uterus waren und nicht entfernt werden konnten oder wo es aus den gelösten Adhaesionen parenchymatös blutete oder schliesslich in den Fällen, wo Patientin vorher gefiebert hatte, habe ich durch das hintere Scheidengewölbe drainiert, und bin damit durchaus zufrieden gewesen.

Bei dieser Gelegenheit sei erwähnt, dass in 7 Fällen die Probepunktion durch das hintere Scheidengewölbe ausgeführt wurde, meist zur Sicherstellung der Diagnose oder auch zur Entscheidung der Frage, ob die Haematocele vereitert ist. Lässt der lokale Befund, Anamnese etc. keinen Zweifel, so unterlasse ich die Probepunktion. Ich kann mich des Eindrucks nicht erwehren, dass diese in frischen Fällen doch gelegentlich ein Mal einen Nachschub hervorrufen kann.

Das hintere Scheidengewölbe wurde nur in solchen Fällen inzidiert, wo die Temperaturkurve und der lokale Befund für eine beginnende Vereiterung der Haematozele sprachen. In zwei Fällen frischeren Datums eröffnete ich die Haematocele durch das hintere Scheidengewölbe (in einem dieser Fälle konnte ich eine beginnende Peritonitis nicht ausschliessen und riskierte nicht die Bauchhöhle zu eröffnen). Es floss verhältnissmässig wenig flüssiges Blut ab, es erfolgte aber, trotzdem ich mich an die Erfahrung Anderer und meine eigene hielt und die vorliegenden fest haftenden Blutgerinsel nicht loslöste und zu entfernen suchte in beiden Fällen (Nr. 13 und 22) eine erhebliche arterielle Blutung, die auf die partielle Ablösung der locker verwachsenen Blutgerinsel zurückzuführen war. In einem Fall (Nr. 13) war der Tampon nach wenigen Minuten vollkommen durchblutet, die hochgradig anaemische Patientin wurde sofort wieder auf den Operationstisch gelegt, ich war schon im Begriff zwecks Stillung der Blutung den Leibschnitt zu machen, als im letzten Augenblick die Blutung stand und der Puls sich zu heben begann. Dergleichen Erfahrungen bestärken mich in dem Grundsatz, auf solche Fälle von oben radikal vorzugehen und die pathologisch veränderte Tube mit dem Abort zu entfernen.

Ausserdem haftet der einfachen Eröffnung der Haematozele durch das hintere Scheidengewölbe noch ein Uebelstand an: die Drainage mittelst Tampon oder Gummidrain sorgt für den Abfluss der sich allmählich verflüssigenden Koagula, die nachgebliebenen resistenteren Abortreste aber, wie Plazenta, Foetus alte Gerinsel werden erst nach geraumer Zeit (in einem Fall am 18., im anderen Fall am 12. resp. 20. Tage) in verjauchtem Zustand ausgestossen. Erst nach Ausstossung dieser zieht sich die Höhle rasch zusammen. Dabei bestehen Fieber und Schüttelfröste. Wenn man den vaginalen Weg beschreiten will, so ist es vielleicht theoretisch richtiger, wenigstens in frischen Fällen, radikaler vorzugehn, wie es O t t [2]) vorschlägt. Er räumt nach Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes, ohne auf die Blutung, die seiner Erfahrung nach keine bedeutende ist, zu achten, die Koagula weg, inzidiert die Tubenwand in ihrer Längsrichtung, entfernt die Abortreste, kratzt, wenn nötig die Tubenwand aus, vernäht die gesetzte Wunde in der Tube wieder, und versenkt den Eileiter in die Bauchhöhle. Ich besitze darüber keine eigene Erfahrung.

Was die D a u e r der Schwangerschaft betrifft, so währte dieselbe in einem Falle weniger als vier Wochen, 12 mal vier bis sechs Wochen, viermal zwei Monate, zweimal drei, einmal vier Monate, in einem Fall war das Kind ausgetragen. In sechs Fällen liess sich die Dauer der extrauterinen Gravidität nicht bestimmen.

In einem Fall ist eine w i e d e r h o l t e S c h w a n g e r s c h a f t d. h. eine zum zweiten Male bei derselben Person auftretende Extrauteringravidität der anderen Seite zu verzeichnen. Dieses Ereigniss gehört natürlich zu den Seltenheiten, doch ist eine Reihe derartiger Fälle schon beschrieben von V a r n i e r und S e n s [3]), P e s t a l o z z a [4]), B o e t t g e r [5]), W e l e s [6]), K i r c h g e s s n e r [7]) u. A.

In 13 Fällen war die linke Tube der S i t z der anormalen Schwangerschaft, in 12 Fällen die rechte, unbestimmt blieb es in zwei Fällen. Dabei handelte es sich viermal um Tubenruptur und 21 mal um Tubenabort. In einem Fall (Nr. 8) konnte die Entscheidung nicht getroffen werden und in einem andern lag die ausgetragene Frucht in der unversehrten Tube. In 13 Fällen hatte die Schwangerschaft ihren Sitz im abdominalen Ende der Tube, die sich zu einem weiten Trichter dilatiert hatte. Entweder sass das zerstörte Ei noch im Trichter oder war eben aus demselben herausgetreten. In sechs Fällen hatte sich das Ei in dem mittleren Verlauf der Tube eingebettet. Gerade in diesen Fällen handelte es

---

[2]) Журналъ акушерства 1902 Protokoll vom 3. Oktober pag. 1356.
[3]) Zentralbl. 1902, Nr. 13.
[4]) ibidem.
[5]) Zentralbl. 1904, Nr. 4.
[6]) ibidem.
[7]) ibidem.

sich häufig um Ruptur, ebenso in dem einen Fall, wo sich die Schwangerschaft in dem Eileiter nahe dem uterinen Ende abspielte. Die Frage, ob ein Tubenabort oder eine Ruptur der graviden Tube im gegebenen Fall vorliegt, lässt sich manches Mal aus dem Verlauf mit einiger Wahrscheinlichkeit feststellen, in andern Fällen bringt aber erst die Sectio in viva die richtige Aufklärung. Die Erscheinungen pflegen bei der Tubenruptur viel stürmischer einzusetzen, die Blutung ist eine abundantere. Die Rupturstelle kann dabei minimal sein, die Blutung erklärt sich aus dem Gefässreichtum und der Sukkulenz der Tubenwand. Beim Tubenabort geht die Blutung mehr schubweise vor sich, es kommt leichter zur Gerinselbildung und zum Stillstand der Blutung. Der Blutverlust per vaginam kann ganz fehlen oder, wenn vorhanden, spielt dieser im Vergleich zu der inneren Blutung keine Rolle.

Von den 27 Operierten genasen 25, zwei endeten letal. Die eine von diesen starb im Laufe des zweiten Tages nach der Operation mit unverkennbaren Zeichen der Herzschwäche. Die Sektion ergab kein positives Resultat ausser hochgradiger Anaemie aller Organe. Das Bauchfell zeigte keine Veränderung, wie es ausdrücklich im Protokoll heisst. Die andere Patientin starb nach vier Monate langem Krankenlager und ist leider nicht seziert worden. Schwere Darmstörungen und Nephritis waren die Ursache des traurigen Ausganges. Dass sich die oberflächliche Fistel nicht schloss, lag an dem gänzlichen Mangel an Lebenskräften des zum Skelett abgemagerten Organismus. Alle übrigen 25 Operierte wurden gesund entlassen. Das fernere Schicksal von 15 Patientinnen habe ich, zum Teil bis in die letzte Zeit, verfolgen können und die betreffenden Daten bei den betreffenden Krankengeschichten vermerkt. Manche sind nach Wiederherstellung ihrer Gesundheit in ihre Heimat zurückgekehrt und sind meinem Auge ganz entschwunden. Bei den 22 Laparotomierten heilte die Bauchwunde in 13 Fällen tadellos, in zwei Fällen vereiterte eine in anderen zwei Fällen dagegen drei Ligaturen, zum Teil per sekundam verheilten zwei und eine Pat. wurde mit einer Fistel von Bleifederdicke entlassen. Nicht in Berechnung kommt eine Tamponierte und die nach der Operation Verstorbene. Wenn man bedenkt, dass ein Teil dieser Patientinnen vollkommen unvorbereitet zur Operation kam, ohne Bad und nach eiliger Desinfektion der Bauchdecken, dass einige von diesen Pat. vor der Operation fieberten, so ist es erklärlich, dass der Prozentsatz der primären Heilungen kein höherer war. Bei keiner der nachuntersuchten Kranken habe ich in späterer Zeit eine Hernie gesehen.

Während die Rekonvaleszens bei den Laparotomierten, wie aus den Krankengeschichten ersichtlich ist, in der Mehrzahl der Fälle glatt von Statten ging, nur wenige fieberten und zwar zum Teil solche, die schon vor der Operation erhöhte Temperatur hatten, so haben diejenigen, bei denen das hintere Scheidengewölbe eröffnet war sämmtlich und zwar dauernd gefiebert, bis die Koagula sich verflüssigten und event. Plazenta und Foetus ausgestossen waren. In einem Fall (Nr. 26), bei dem wegen anhaltend hoher Temperatur und Verdacht auf Vereiterung der Haematocele von einer Coeliotomie, als einem zu riskanten Eingriff abgesehen wurde, machte ich den hinteren Scheidenschnitt, wobei sich Eiter entleerte. Der in der Krankengeschichte beschriebene Tumor, der als Haematosalpinx, eventuell in Vereiterung begriffen, aufgefasst werden musste, blieb und war nach vollen drei Monaten als apfelgrosse Geschwulst zu fühlen.

Die Zeitdauer, welche diejenigen im Hospital verbrachten, bei denen das hintere Scheidengewölbe eröffnet war, ist fast die gleiche, wie die für die Laparotomierten berechnete. Denn bei der Berechnung der Zeitdauer von dem Tage der Operation bis zur Entlassung ergeben sich als Durchschnittszahlen für die genesenen Laparotomierten 29,4, für die Kolpotomierten 29,0 Tage. Was die Zeitdauer überhaupt betrifft, welche die 27 Patientinnen vom Tage ihres Eintritts ins Hospital bis zum Austritt aus demselben zugebracht, so beträgt dieselbe 1063 Tage = 39,3 Tage im Durchschnitt. Wenn man nur die 25 Genesenen berücksichtigt, so berechnet sich die Ziffer auf 948 Tage = 37,9 im Durchschnitt.

Interessant ist es, dass fünf von den 25 gesund Entlassenen später in normaler Weise gravid geworden sind (Nr. 6, 7, 13, 14, 23). Vier von ihnen haben normal geboren, eine hat abortiert. Der Zeitpunkt des Eintritts der Konzeption nach der Operation schwankt zwischen einem Monat und $1^1/_2$ Jahren.

Nachtrag

zum Referat über H a i g - H a r n s ä u r e, in Nr. 30.

Infolge meines Referats über das H a i g'sche Buch bin ich wiederholt der Ansicht begegnet, dass ich sämmtlichen Ausführungen H a i g's u n b e d i n g t zustimme. Dem ist nicht so! Ich habe durchaus nicht verkannt dass H a i g sich in mannigfachem Widerspruch mit den bisherigen Auffassungen über Harnsäure befindet, dass er besonders die einschlägige deutsche Literatur zu wenig beachtet und benutzt hat, während er vornehmlich die englische zur Stützung seiner Theoreme mit sichtlicher Einseitigkeit in den Vordergrund stellt. Dass daraus Fehler resultierten, ist in hohem Grade wahrscheinlich. H a i g ist aber eine in England durchweg anerkannte Autorität in Harnsäurefragen, verfügt zudem über eine ausserordentlich reiche klinische Erfahrung und hat sein Buch mit so stupendem Fleisse bearbeitet, dass man über dasselbe, zumal ohne solide Nachprüfungen, unmöglich kurzer Hand zur Tagesordnung übergehen kann schon desshalb nicht weil er, uns bisher ganz unbekannte Beziehungen zwischen dem Harnsäuregehalt des Blutes und verschiedenen Funktionen des Organismus in den Vordergrund stellt, wie die Wirkung des Harnsäuregehalts des Blutes auf den Kapillarkreislauf (Collämie) — die sogenannte Blutdezimale); er bewertet sodann in ganz neuer Weise die pathogenetische Bedeutung der Harnsäure im Blute, vielleicht zu hoch, obgleich er ja überall den Unterschied zwischen der mit der Nahrung eingeführten Harnsäuremenge und der normalen Harnsäurequantität des Organismus festhält. — Die Fülle neuer Anschauungen und der auf diese gebauten Schlüsse, sowie die Sorgfalt mit der das Material durch 2 Dezennien bearbeitet wurde, haben überall das lebhafteste Interesse der Fachgenossen wachgerufen und dem Buche trotz einiger seiner Mängel seitens sehr berufener Spezialisten die achtungsvollste Kritik eingetragen, wie z. B. von Professor H e r m a n n S t r a u p in Berlin. Ich wollte nur den Inhalt des Buches wiedergeben. Dass ich einen grossen Teil der Ausführungen H a i g's für begründet halte, macht mich durchaus nicht blind für die schwachen und anfechtbaren Seiten desselben.

K ö c h e r.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Professor Dr. E r n s t v. B e r g m a n n (Berlin), der am 4./17. Dezember seinen 70. Geburtstag begeht, werden an diesem Tage grosse Ehrungen dargebracht werden. In Berlin hat sich unter dem Vorsitz des Generalstabsarztes Dr. S c h j e r n i n g ein F e s t k o m i t e e gebildet, dem insbesondere Vertreter der beteiligten Ministerien, der medizinischen Fakultät, der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, der Berliner med. Gesellschaft, des Zentralkomitees für das ärztliche

Fortbildungswesen, der ärztlichen Standesvereine und der Aerztekammer angehören. Prof. v. Bergmann hat sich bereit erklärt an diesem Tage vormittags die glückwünschenden Abordnungen zu empfangen und abends an einem Festmahl teilzunehmen. Am 30. November (13. Dezember) veranstaltet ausserdem der «Akademische Verein für Naturwissenschaft und Medizin» einen grossen Kommers in der Philharmonie zur gemeinsamen Ehrung Prof. v. Bergmann's und Prof. Waldeyer's, dessen 70. Geburtstag auf den 6. Oktober d. J. fällt.

— Mittelst Verfügung vom 23. Oktober n. St. ist der bekannte Kliniker, Prof. ord. der Pathologie und Therapie und Direktor der medizinischen Klinik in Heidelberg, Dr. Wilhelm Erb, auf sein Gesuch wegen vorgerückten Alters und leidender Gesundheit, unter Anerkennung seiner vieljährigen ausgezeichneten Dienste vom 1. April 1907 in den Ruhestand versetzt worden. Prof. Erb wirkt seit vier Jahrzehnten als akademischer Lehrer.

— Am 7. November begehen die Petersburger Aerzte Dr. P. Rosenbach, Privatdozent für Nerven- und Geisteskrankheiten an der militär-medizinischen Akademie, Dr. M. Tschistjakow jüngerer Ordinator am städtischen Kalinkinhospital Dr. Porschnjakow, Ordinator und Dozent der Entbindungsanstalt, und der Professor der militär-medizinischen Akademie Dr. Heinrich Turner das 25 jährige Jubiläum ihrer ärztlichen Tätigkeit. Alle 4 Jubilare sind ehemalige Jünger der medikochirurgischen Akademie.

— Der ausserordentliche Professor der Chirurgie an der Odessaer Universität Dr. Schtschegolew ist zum ordentlichen Professor auf dem Lehrstuhl der chirurgischen Pathologie befördert worden. Ebenso ist der bisherige Prof. extraord. Dr. Sawjalow zum ordentlichen Professor dieser Universität auf den Lehrstuhl der Zoologie, vergleichenden Anatomie und Physiologie befördert worden.

— Der stellvertretende Pleskausche Gouvernements-Medizinalinspektor Dr. Cornelius Rauch ist auf sein Gesuch krankheitshalber verabschiedet worden.

— Zum Dekan der medizinischen Fakultät der Charkower Universität ist der Professor der Chirurgie Dr. M. Kusnezow gewählt worden.

— Zum Oberarzt des Samarkandschen Militärhospitals ist der bisherige ältere Arzt des Tjumenschen Militärbezirks Dr. Kitajew ernannt worden.

— Der Rigasche Kreisarzt Dr. Julius Wiesenberg, welcher im Juli 1904 als Reservearzt auf den ostasiatischen Kriegsschauplatz einberufen wurde, ist jetzt von diesem Amte enthoben worden, da er nach Versetzung des 37. Ostsibirischen Schützenregiments auf den Friedensfuss im Militärdienst verblieben ist. Zu seinem Nachfolger in Riga ist, wie wir bereits gemeldet haben, der bisherige Gefängnisarzt aus Smolensk Dr. Ludwig Kontowt ernannt worden.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 31. Oktober in St. Petersburg der frühere Marinearzt Dr. Adolf Lehmkuhl im 80. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Estland und hatte seine medizinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1848—54 studierte. Nach Erlangung der Doktorwürde wurde er Marinearzt und war anfangs Flottenarzt, 1859-74 älterer Ordinator am Marinehospital in Kronstadt, dann Arzt der technischen Schule ebendaselbst. Im Jahre 1886 nahm er seinen Abschied und siedelte nach Petersburg über, wo er, solange seine Kräfte reichten, als praktischer Arzt tätig war. Vor zwei Jahren beging er sein 50-jähriges Doktorjubiläum. 2) In Nishni-Nowgorod der durch seine ethnographischen und geographischen Forschungen bekannte Arzt Dr. Franz Sperck im Alter von 71 Jahren. Nach Beendigung seiner medizinischen Studien an der Charkower Universität i. J. 1858 war er 18 Jahre hindurch in verschiedenen Gegenden Ostsibiriens als Arzt tätig. Im Jahre 1876 liess er sich in St. Petersburg als praktischer Arzt nieder, ging aber bereits im nächsten Jahre als Chefarzt des Sanitätsvereins der Kaiserin auf den türkischen Kriegsschauplatz. Nach dem Kriege wurde er Kreisarzt in Bialystok und bald darauf Gehülfe des Gouvernement-Medizinalinspektors in Astrachan. Im Jahre 1890 gab er seine dienstliche Stellung auf, um sich ganz seinen wissenschaftlichen Neigungen widmen zu können. Seine zahlreichen therapeutischen und geographischen Arbeiten veröffentlichte der Verstorbene in verschiedenen russischen wissenschaftlichen Journalen: das Konversationslexikon von Bröckhaus-Effron enthält gegen 400 Artikel von ihm. 3) In Petrikau der freipraktizierende Arzt in dem Hakelwerk Chmeluik (Gouv. Kielce) Dr. Bsislaw Geidukowski im 58. Lebensjahre, nach 32-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 4) In Kasan Dr. Wladimir Gladkow im 37. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher vor 10 Jahren die Venia practicandi erlangt hatte, war Arzt am städtischen Ambulatorium in Astrachan. 5) Im Flecken Kusmino (Gouv. Podolien) der Landarzt Jakob Singalewitsch im Alter von 30 Jahren an der Lungenschwindsucht. Der Hingeschiedene war ein Schüler der Kiewer Universität, an der er i. J. 1903 den Arztgrad erlangte.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Schliessung der militär-medizinischen Akademie. Der Kriegsminister, dem die militär-medizinische Akademie unterstellt ist, hat aus dem Protokoll des Studentenmeetings am 20. Oktober, auf welchem eine Kundgebung an die Adresse des Konseils der Arbeiterdeputierten votiert wurde, erfahren, dass fast die Hälfte der Studenten der Akademie nicht nur revolutionär gesinnt ist, sondern sich bereit erklärte die Revolution zu fördern. Da nun solches an einer Lehranstalt, welche Aerzte für die russische Armee ausbildet, nicht geduldet werden kann, so hat der Kriegsminister durch den Chef der Akademie von den Studenten einen Widerruf ihrer Resolution verlangt. Zu einem Widerruf haben sich die Studenten jedoch nicht verstanden und ist infolgedessen die Akademie auf Befehl des Kriegsministers am 1. November geschlossen worden. Wir lassen hier die offizielle Motivierung der Schliessung der Akademie, wie wir sie in der «Rossija» soeben finden, folgen: Nachdem eine Studentenversammlung der milit.-med. Akademie am 20. Oktober eine Resolution gefasst hatte, in der es unter anderem heisst: «Als Element, welches mit der Revolution sympatisiert und zu ihrem Erfolge mitwirkt, benutzen wir, Studenten der Akademie, die Gelegenheit, unsere Sympatien dem Konseil der Arbeiterdeputierten auszudrücken, und erklären unsere Solidarität mit dem revolutionären Proletariat»,— gab der Kriegsminister den Studenten bis zum 30. Oktober Bedenkzeit zur Revozierung dieser Resolution. Die neu einberufene Studentenversammlung fand aber keine Veranlassung, die Resolution vom 20. Oktober zu revidieren. Daraufhin schliesst der Kriegsminister die militär-medizinische Akademie bis auf weiteres. Den Studierenden der Akademie ist der Zutritt zu dem Hauptgebäude und zu den Kliniken verboten, zugleich sind auch das Speisehaus und der Klub geschlossen.

— Die Moskauer Universität ist auf die Bitte der Mehrzahl der Studierenden am 26. Oktober wieder eröffnet worden.

— Prof. Dr. Adolph Dieudonné, der bisher als Privatdozent für Hygiene an der Universität München fungierte, ist zum Honorarprofessor ernannt worden.

— Zum Professor extraord. für gerichtliche Medizin an der Universität Halle ist der Assistent bei der Unterrichtsanstalt für Nervenheilkunde an der Berliner Universität Dr. Schulz berufen worden. Er tritt dort an die Stelle von Prof. Dr. Ziemke, der nach Kiel übersiedelt

— An der Universität Münster (in Westfalen) wurden im Oktober die neuerbauten Räume das anatomischen und physiologischen Instituts eröffnet. Wenn die altmünsterische Hochschule vorläufig auch keine vollausgestaltete medizinische Fakultät erhält, so wird doch den Medizinstudierenden nunmehr Gelegenheit geboten sein, sich dort dem naturwissenschaftlich-anatomischen Studium bis zur Zurücklegung des ersten Examens zu widmen.

Standesangelegenheiten.

— Der III. Estländische Aerztetag ist am 3. November vormittags in Reval eröffnet worden. Zum Präses wurde, den Revaler Blättern zufolge, Dr. v. Wistinghausen, zum Sekretär Dr. Kupffer und zum Kassierer Dr. Weiss wiedergewählt. Als Ort für den nächsten Aerztetag wurde wieder Reval bestimmt und beschlossen, ihn Ende Oktober oder Anfang November nächsten Jahres stattfinden zu lassen.

— Die Instruktionen für Aerzte bei der Feststellung der Pensionsberechtigung von Beamten

im Falle schwerer Krankheit etc. werden jetzt, wie die Tagesblätter berichten, beim Medizinalrat des Ministeriums des Innern von einer besonderen Kommission, unter Vorsitz des Mitgliedes des Medizinalrats Leibmedikus Dr. Leo Berthenson, revidiert. Die gegenwärtig gültigen Institutionen datieren vom Jahre 1864 und sind veraltet.

— In der Stadt Balachany (Gouv. Baku) ist ein Missverständnis zwischen dem Aerztepersonal und den Krankenwärtern des örtlichen Hospitals der Naphtaindustriellen ausgebrochen, weil einer von den zeitweilig angestellten Wärtern entlassen worden ist. Der Streit droht einen akuten Charakter anzunehmen, da der Konseil der Aerzte nach Prüfung des Inzidents die Entlassung des Wärters für gerechtfertigt erklärt hat. Infolgedessen streiken die Krankenwärter, lassen auch andere Personen zur Pflege der Kranken nicht zu und verlangen die Wiederanstellung des entlassenen Wärters. Der Konseil hat aber beschlossen, diese Forderung nicht zu erfüllen.

(«Baku» — R. Wr.).

— In Mologa sind zahlreiche Personen in der letzten Zeit verhaftet worden, darunter auch der Vorsitzende des Landschaftsamtes Dr. Demetrius Blatow.

— In den letzten Tagen sind hier wieder zwei Studenten der militär-medizinischen Akademie W. Feoktistow und A. Gromow als politisch verdächtig gefänglich eingezogen worden.

— Schlechte Zeiten für die Aerzte herrschen nach dem «British Medical Journal» auch in England. Es sollen dort in den letzten 3 Jahren die Einnahmen der Aerzte um 25 pCt. abgenommen haben. Das Blatt erklärt diese für die leidende Menschheit erfreuliche Erscheinung teils durch das mildere Auftreten der Grippe, die im Jahre 1900 noch 16,000 Menschen, im Jahre 1904 dagegen nur 5694 dahingerafft hat, teils auch durch die letzten milden Winter und die damit in Zusammenhang stehende Abnahme allgemeiner Winterleiden. Dann wird aber auch auf die noch nachwirkenden geschäftlich schlechten Zeiten hingewiesen, die einesteils die natürliche Rückwirkung nach einem ungewöhnlich hohen Aufschwunge waren, andernteils durch den Krieg und seine Lasten und Kosten noch verschärft wurden. Wie es scheint, gehört das häufigere Zuratezieben des Arztes auch unter die Luxusgenüsse, mit denen der Mensch in schlechten Geschäftszeiten sparsamer umgeht!

Verschiedene Mitteilungen.

— Die VIII. internationale Konferenz der Gesellschaft des Roten Kreuzes wird im Mai 1907 in London stattfinden. Gleichzeitig wird dort eine Ausstellung sanitärer Utensilien und Erfindungen, welche zur Erleichterung der Leiden der Verwundeten und Kranken dienen sollen, eröffnet werden. Für die besten Erfindungen werden drei Prämien von den Zinsen des von der Kaiserin Maria Feodorowna zu diesem Zwecke gespendeten besonderen Fonds in der Höhe von 100,000 Rbl. zur Verteilung gelangen.

— Das neue städtische Rudolf Virchow-Krankenhaus in Berlin, das im Oktober eröffnet wurde, hat sich in seinen riesigen Ausdehnungen zum grössten Krankenhaus nicht nur des Kontinents, sondern ganz Europas entwickelt. Die Anlage umfasst 57 einzelne Gebäude mit 3400 Räumen, dabei sind nicht mitgerechnet die in den Untergeschossen befindlichen Räume. Es können 2000 Betten bequem plaziert werden. Die Gesamtkosten belaufen sich auf nahezu 19 Millionen Mark, davon entfallen auf das Inventar 2,545,000 Mk. Das Bett kostet demnach 8162 Mark.

— Als ein Fortschritt auf dem Gebiete der Krebsforschung kann nachstehende von dem Privatdozenten der Pathologie Dr. Bernhard Fischer in Bonn gemachte Entdeckung gelten: der Krebs entsteht bekanntlich dadurch, dass das sogenannte Epithelgewebe, dasjenige Gewebe also, welches die Bedeckung der andern Gewebe des Körpers herstellt, die Oberhaut, die Schleimhäute u. s. w. bildet, ins Wuchern gerät, wodurch sich eben Geschwülste und Herde bilden, die auf eine noch unbekannte Weise einen Marasmus des gesamten Organismus herbeiführen. Woher der Anstoss zu diesem Wucherungsprozess komme, ist das eigentliche Rätsel der Krebsforschung. Fischer hat nun nach langwierigen und mühseligen Versuchen einen chemischen Stoff gefunden, der, ins Bindegewebe eingespritzt, das benachbarte Epithelgewebe zum Wuchern bringt. Es handelt sich um einen scharlachroten Farbstoff, der in Olivenöl gelöst wird. Zum ersten Male in der Geschichte der Pathologie sind damit experimentale Zustände erzeugt worden, die ihrem ganzen Bilde nach vom echten Krebs nicht zu unterscheiden sind und in ihrem Verhalten lediglich das für sich haben, dass sie mit dem Aufhören der Ursache, mit der Aufsaugung der chemischen Substanz, stillstehen, während der Krebs eben gerade unbegrenzt fortwuchert. Fischer zieht aus seinen Beobachtungen den Schluss, dass im Organismus, der an Krebs erkrankt, ebenfalls eine bestimmte chemische Substanz, vielleicht durch den Stoffwechsel, gebildet werde, die das Epithel zur Wucherung bringt.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 15. bis zum 21. Okt. d. J. im ganzen 769 (422 M., 347 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 29, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 19, Scharlach 36, Diphtherie 45, Croup 0, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 17, Erysipelas 7, Grippe 3, Katarrhalische Lungenentzündung 73, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 13, Tuberkulose der Lungen 98, Tuberkulose anderer Organe 22, Alkoholismus und Dilirium tremens 10, Lebensschwäche und Atrophia infantum 58, Marasmus senilis 30, Krankheiten des Verdauungskanals 87, Totgeborene 37.

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 22. bis zum 28. Okt. d. J. im ganzen 724 (431 M., 393 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 26, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 11, Scharlach 30, Diphtherie 39, Croup 0, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 17, Erysipelas 7, Grippe 3, Katarrhalische Lungenentzündung 89, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 95, Tuberculose anderer Organe 19, Alkoholismus und Delirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 43, Marasmus senilis 14, Krankheiten der Verdauungsorgane 59, Totgeborene 41.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 14. Nov. 1906.

Tagesordnung:

Dobbert: Der Uteruskrebs und seine operative Behandlung.

Bary: Psychosen während der Revolution.

— Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

— Diskussion über die Bildung eines Jubiläumfonds.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 20. Nov. 1906.

Tagesordnung:

Serk: Ueber Buttermilch als Säuglingsnahrung.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke. Katharinenhofer Pr. № 15

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 45 St. Petersburg, den 11. (24.) November. 1906.

Aus dem Alexandra-Stift für Frauen zu St. Petersburg.

Zur Frage der Säuglingsernährung.

Von

Dr. med. E. Fuhrmann.

(Vortrag, gehalten im Verein St. Petersburger Aerzte am 9. Mai 1906).

Meine Herren, wenn ich mir erlaube in Ihrer Mitte das Wort zu ergreifen zur Frage der Säuglingsernährung so bin ich mir wohl bewusst Ihnen nichts neues bieten zu können. Die ausserordentliche Wichtigkeit der Frage aber und die Vielgestaltigkeit der in der Literatur niedergelegten Meinungen lassen eine wiederholte Erörterung wohl berechtigt erscheinen. Es versteht sich von selbst, dass das ganze ungeheure Gebiet sich nicht in den Rahmen eines Vortrages zwingen lässt ich will mich daher nur auf eines der wichtigsten Teilgebiete beschränken und die sogenannten „Kontraindikationen zum Stillen" besprechen und zum Schluss mit einigen Worten auf die Probleme bei der Herstellung einer künstlichen Nahrung eingehen.

Wir sind uns ja wohl im Prinzip alle darüber klar, dass jede Mutter ihr Kind an der eigenen Brust ernähren sollte. Soll aber dieser theoretisch anerkannte Satz in das praktische Leben übersetzt werden, so stossen wir auf eine Menge Schwierigkeiten die begründet sind teils auf altersgrauen Vorurteilen, teils auf Sitten und Gebräuchen, und gestützt und genährt werden durch einen verderblichen Zwiespalt in der Literatur. In der Tat sind die Meinungen der einzelnen Autoren vielfach durchaus nicht in Einklang zu bringen. Während z. B. Heubner nur eine absolute Kontraindikation kennt — die bestehende oder wahrscheinlich drohende Tuberkulose der Mutter — erkennt Schlossmann auch diese nicht für eine absolute Kontraindikation, deren er überhaupt keine zu nennen imstande ist. Monti hingegen zählt in 14 Punkten ein ganzes Verzeichnis von Kontraindikationen auf, darunter verschiedene chronische und akute Erkrankungen der Mutter. Ich werde auf dieselben noch zurückkommen. Aehnlich steht auch Comby, wenn sein Verzeichnis auch lange nicht so gross und detailliert ist. Andererseits wird auch von den Geburtshelfern das Stillvermögen recht verschieden beurteilt, denn wenn z. B. Bumm in 15—20 pCt. eine Unfähigkeit zu stillen beklagt, meinen Walcher und Martin „in fast 100 pCt. der Fälle" ein Stillvermögen konstatieren zu können. Ich kann hier nicht auf alle einzelnen Autoren eingehen und zitiere nur besonders markante Arbeiten, desgleichen will ich auch nur die wichtigsten Kontraindikationen ausführlicher berühren. Was die sogenannten „Krankheiten die mit einem Kräfteverfall einhergehen" betrifft, die vielfach ausgeführten Anämie, Chlorose, Hysterie, Neurasthenie, so sollte das Stillen wohl nie a priori untersagt werden, es sollte hier die Wage in weitestem Masse zur Anwendung gelangen nicht nur für das Kind, sondern besonders auch für die Mutter. Schlossmann geht entschieden zuweit wenn er sagt „er kenne kein Verfahren das mit solcher Sicherheit eine Gewichtszunahme, ja geradezu eine Mastkur gewährleiste wie das Stillen". Eine entsprechende Diät und eine energische Behandlung der Mutter werden oft das Stillen dort möglich machen wo man a priori versucht gewesen wäre das Kind einer Amme zu überantworten oder zur Flasche überzugehen. So werden Mutter und Kind gut fahren.

Das häufigste Hindernis das Kind zu stillen giebt wohl die Tuberkulose, und zwar nicht nur dort wo sie bereits manifest ist. Eine Reihe von Autoren, so namentlich auch Czerny und Keller wollen auch schon in einer erblichen tuberkulösen Belastung der Mutter, ja schon im Habitus phthisicus eine Kontraindikation sehen. Nun ist aber zu bedenken; dass die Milch nach Escherich, und de Bonismann nur dann Tuberkelbazillen enthält, wenn das Drüsengewebe spezifisch erkrankt ist, was bekanntlich beim Menschen äusserst selten beobachtet ist, und dass die Infektion durch die mit tuberkulösem Sputum verunreinigten Finger der Mutter, durch das Küssen und die ganze nahe Berührung überhaupt sehr leicht vermittelt wird. Soll das Kind sicher vor der Infektion geschützt werden so muss es eben sofort nach der Geburt, aus dem Bereich der tuberkulösen Verwandten, Eltern und Geschwister entfernt werden. Bleibt das Kind bei der Mutter, so wird bei gutem Ernährungszustande der Mutter das Stillen wohl gestattet werden dürfen, wobei natürlich aufs strengste auf gründlichste Sauberkeit von Seiten der Mutter zu achten ist, dann wird das Kind nicht grössere Gefahr laufen als ein der Amme überwiesenes oder künstlich ernährtes Kind derselben Mutter.

Viel einfacher liegen die Verhältnisse bei der Syphilis. Die ausserordentlich seltenen Fälle in denen die Gesetze von Colle und Propeta versagen sollen uns wohl nicht verhindern das manifest luetische Kind an die Brust der symptomfreien Mutter zu legen und umgekehrt das symptomfreie Kind an die Brust der luetischen Mutter.

Schwieriger liegen die Verhältnisse in den viel selteneren Fällen wo die Mutter in weit vorgeschrittener Gravidität infiziert wird. Ich glaube, man wird sich aber auch hier für die Mutterbrust entscheiden müssen, heisst es doch, dass die von luetischen Eltern stammenden Kinder bei der künstlichen Ernährung besonders schlecht gedeihen. Anderseits werden nur wenige den Mut finden Henoch und Widerhofer (?) zu folgen und nach Enthüllung des Tatbestandes es einer Amme anheim zu geben, ob sie einem manifest luetischen, oder auf Lues verdächtigen Kinde ihre Brust reichen will. Ob man dann die Brustwarze der Mutter mit einem Saughütchen bedecken lässt — zum Schutze gegen eine eventuelle Infektion — wie Martin solches vorschlägt, muss dem Ermessen des Einzelnen überlassen werden.

Von den akuten Krankheiten dürfte der Scharlach das Stillen jedenfalls ausschliessen *), ist aber eine Stillende an Masern erkrankt, so ist es jedesmal zu spät das Kind abzutrennen bei der bekannten hohen Kontagiosität dieser Krankheit in ihrem Prodromalstadium. Es dürfte das Stillen daher wohl gestattet werden.

Czerny und Keller erwähnen von den akuten Krankheiten nur das Erysipel und die Diphtherie, bei denen sie das Stillen untersagen, übrigens weisen sie in einer Fussnote auf die eventuelle Möglichkeit hin bei letzterer das Stillen fortzusetzen, einer Praeventivinjektion von Antidiphtherieserum. Ein Modus der durchaus beherzigenswert ist. Ich selbst habe in einem Falle von leichter Diphtherie der Mutter das 4-monatliche Kind, ohne Praeventivinjektion anlegen lassen. Die Mutter erhielt das Kind nur zum Stillen, der Mund der Mutter wurde während des Stillens verbunden, Hände und Brustwarzen sorgfältig gewaschen, das Kind gedieh sehr gut. — Ob man sich auf die Schutzpockenimpfung, wo sie bereits am Kinde vollzogen war, bei einer Erkrankung der Mutter an echten Pocken verlassen darf, weiss ich nicht; dass das nicht geimpfte Kind abgesetzt werden soll versteht sich von selbst, allerdings wird man auch hier meist zu spät kommen. Typhus sollte nicht notwendig zum Absetzen des Kindes führen, auf dem Pirogowkongress vom Jahre 1904 erwähnte Dolinski eines Falles wo das Kind eines Kollegen von einer Amme erfolgreich weitergestillt wurde, obgleich letztere an einem Ileotyphus erkrankt war. Mastitis wird von manchen Autoren als Kontraindikation aufgefasst; dort wo der Herd in der unmittelbaren Nähe der Brustwarze liegt, oder wo bereits Fluktuation besteht, werden wir vom Stillen absehen müssen, sonst schadet das Stillen dem Kinde nicht und schafft der Mutter Erleichterung.

Schrunden können in den meisten Fällen durch Saughütchen geschützt werden, leider allerdings nicht in jedem Fall. Eingezogene Brustwarzen werden von starken Kindern häufig gut angesogen.

Eine grosse Menge von Fällen, wo wir vom Stillen absehen müssen entzieht sich leider der ärztlichen Besprechung als von der sozialen Lage bedingt, ich habe die Fälle im Auge wo die Mutter durch ihre Lebensbedingungen verhindert ist sich dem Stillgeschäft zu widmen.

Eine besonders wichtige Frage betrifft die Beschaffenheit der Milch. Wie oft wird von uns verlangt, wir sollen entscheiden ob die Milch der Mutter nicht „schlecht“ sei. Nun — zur Beantwortung dieser Frage liegen eine ganze Reihe von Vorschriften für die Milchuntersuchung vor. Leider allerdings bedeuten sie alle, wie die Dinge heute nun einmal liegen, nicht vielmehr wie eine Spielerei. Gedeiht das Kind an der Mutterbrust nicht, wie es sollte so regele man sorgfältig die Diät des Kindes und interessiere sich intensiver für die Lebensweise der Mutter, dann beginnt sehr häufig das Kind gut zu gedeihen, untersuchen wir dann die Milch so ist sie meistens ebenso „schlecht“ geblieben als sie war. In der Tat dürfen wir uns nicht verhehlen, dass unsere Kenntnis von den wirklich erforderlichen Eigenschaften der Milch ziemlich nichtige sind. Ich will auch gern bekennen, dass ich in der letzten Zeit bei vorkommenden Ammenwahlen auf die Zahlen des Fettgehaltes u. s. w. kein Gewicht mehr lege.

Es wäre doch sehr zu wünschen, dass in den Ammenasylen statt der Milchanalyse, vielmehr die Milchmengen festgestellt würden, die die betreffenden Ammen in dem Asyl den Säuglingen im Laufe des Tages gereicht. Allerdings wäre dieser Modus mit grosser Arbeit und Mühe verbunden.

Ein weiterer Grund das Stillen a priori zu untersagen liegt in dem angeblichen „Milchmangel“ der Mutter. Es lässt sich aber niemals von vorneherein entscheiden ob eine Brust gehörig funktionieren wird oder nicht. Verfügt man über die erforderliche Geduld und Ruhe, und klärt man die Mutter zweckentsprechend auf, so wird manche anfangs karge Brust ganz annehmbare Mengen Milch liefern. Hier möchte ich besonders vor dem späten Anlegen warnen, es hat doch seine bedeutenden Schattenseiten mit dem Anlegen lange — wie es so beliebt ist gar 24 Stunden — zu warten. Ferner begnüge man sich lieber in den ersten 2—3 Wochen mit ganz knapper Gewichtszunahme selbst mit einer von 10 gr. durchschnittlich und lege das Kind sorgfältig und fleissig an. Hat man dann die Brust in Gang gebracht so gedeiht und entwickelt sich das Kind nachher ausgezeichnet. In den Fällen wo es durchführbar ist, sollte es nicht unterlassen werden dazwischen kräftige fremde Säuglinge anzulegen. Die Menge der Drüsensubstanz giebt uns ja gar kein Recht, auf die Milchmenge zu schliessen, ist doch die Funktionsfähigkeit bis zu einem gewissen Grade in recht bedeutenden Grenzen variabel.

*) Ob man auf die Arbeiten Meyers und Fehlings hin häufig den Versuch wagen wird eine Scharlachkranke ihr gesundes Kind weiter stillen zu lassen — scheint mir zweifelhaft.

Gewiss kommen dazwischen mehr oder weniger starke Hypoplasien vor, ob sie aber zu einer absoluten Funktionsunfähigkeit führen ist mehr als zweifelhaft und jedenfalls sehr selten. Bunges viel zitierte Statistik, die der Stillfähigkeit der modernen Frauen eine so traurige Prognose stellt, wird neuerdings vielfach angegriffen wie es ja allerdings auch von vornherein unverständlich erscheint, dass ein periodisch und unter gewissen Bedingungen funktionierendes Organ durch Vererbung atrophieren sollte. Wenn Bunge vollends dem Alkohol die Schuld an dem Zurückgehen der Stillfähigkeit zuschreibt, so berührt es doch auffällig wie wenig bei uns in Russland, auf dem Lande die Stillfähigkeit alteriert wird, wo bekanntlich die Alkoholbelastung sonst ihre schönsten Blüten treibt. Einen gewissen Einfluss auf die Entwicklung der Brustdrüsen wird man jedoch der Erziehungs- und Lebensweise der Mädchen in den mittleren und höheren Ständen nicht bestreiten können. Es muss daher hier Wandel geschaffen werden. Wie gesagt lässt sich manche Drüse die zunächst wenig Vertrauen erweckte ganz prächtig in Gang bringen. Und behalten wir dieses im Auge, so wird dem Ammenwesen — oder sagen wir lieber Ammenunwesen mit der Zeit etwas gesteuert werden. Wir dürfen uns heute, wo so viel getan wird im Kampfe mit der Säuglingssterblichkeit nicht verhehlen, dass durch das Ammenwesen die absolute Zahl der Säuglingssterblichkeit nicht vermindert sondern nur verschoben wird.

Es erübrigt noch etwas über die Technik des Stillens zu sagen, da tritt wohl am häufigsten die Frage an uns heran, wie häufig das Kind die Brust erhalten soll. Czerny, Keller und Finkelstein wollen das Kind gleich von vornherein etwa alle 4 Stunden anlegen und begnügen sich mit höchstens 6 Mahlzeiten. Ich möchte behaupten, dass dieses in der Privatpraxis wenigstens bei uns zu Lande undurchführbar erscheint. Ich glaube daher vorschlagen zu dürfen, sich bei geringeren Anforderungen zufrieden zu geben und nach alter Weise wenigstens in den 2 ersten Lebensmonaten die Brust in der Regel zweistündlich reichen zu lassen mit einer längeren Pause in der Nacht, natürlich von Fall zu Fall streng individualisierend. Versagt nun trotz sachgemässester Leitung die Brust dennoch, so ist das, namentlich in Frankreich so vielfach angewandte „allaitement mixte“ auf das dringendste zu empfehlen, indem man neben der Brust entsprechend verdünnte Kuhmilch reicht.

Verschlägt es nun überhaupt nicht mit der Ernährung durch die Mutter aus dem einen oder dem anderen Grunde und kann keine Amme angeschafft werden so bleibt uns natürlich nur die künstliche — oder wie Schlossmann bezeichnend aber stark tendenziös sagt — die unnatürliche Ernährung. Damit aber geraten wir auf ein Gebiet der grössten Unsicherheit und eines fortgesetzten Suchens. Vor kurzem erschien eine Arbeit von Helene Stölzner über den Gefrierpunkt der verschiedenen gebräuchlichen Nährmittel, von denen sie 33 untersucht hatte. Wahrlich eine stattliche Anzahl, die eine Wahl, sollte man meinen, sehr erschwert.

Es ist diese Menge verschiedener Präparate zum grossen Teil auf die Bestrebungen der siebziger und achtziger Jahre des vorigen Jahrhunderts zurückzuführen, wo man annahm durch eine genaue Bestimmung des Gehaltes an Fett, Eiweiss, Zucker, Asche u. s. w. der Milch der Kenntnis derselben nahezurücken, und daraufhin dann bestrebt war chemisch „aequivalente“ Präparate zu schaffen. Zum Teil spielen die Nachwehen jener Anschauungen und Bestrebungen noch in unsere Zeit herüber. Andererseits aber kommen immer mehr biologisch-chemische Gesichtspunkte zur Geltung. Diese letzteren gewinnen immer mehr an Bedeutung, seit man Einblick zu gewinnen scheint in die feineren Eigentümlichkeiten des gegenseitigen Verhaltens tierischer Säfte, ich erinnere an die vielfachen in letzter Zeit entdeckten und studierten Praezipitine, Agglutinine u. s. w. So fand man denn auch in der Milch eine Reihe feiner, ihrer Natur nach nicht mit Sicherheit bekannter Stoffe, die katalysatorische Eigenschaften besitzen und als Zymosen beschrieben werden, besondere Wichtigkeit schreibt man der Oxydose zu, ferner der Lipose, der Amylose u. s. w. Alle diese Stoffe werden nun durch die Behandlung der Milch mehr oder weniger schwer alteriert und durch ihre Zerstörung z. B. durch starkes Erhitzen der Milch wird letztere ihres biologischen Charakters entkleidet. Zu alledem kommt noch als wichtiger Faktor die Bakterienfurcht, besonders die Furcht vor der Tuberkulose. Nun muss es natürlich heissen, die Tiermilch sei der einzige Ersatz für die Muttermilch, die Tiermilch müsse aber durch genügendes Erhitzen d. h. durch das Kochen keimfrei gemacht werden, da aber bei längerem Erhitzen über 70—65° auch die Zymosen zu Grunde gehen, und solche Milch Erkrankungen wie die Barlow'sche Krankheit hervorrief, so versuchte man bald die Milch durch andauerndes mässiges Erwärmen zwar keimfrei zu machen, die Zymosen aber zu erhalten. Es entspann sich so der Streit um das Kochen und das Pasteurisieren der Milch.

Es sind von Hippius, Zelensky u. and. eine Reihe von Arbeiten veröffentlicht worden, auf die ich hier nicht des längeren eingehen kann. Ich habe mit unserer Petersburger Milch folgende Nachversuche angestellt. Ich kochte und pasteurisierte gleiche Mengen Milch derselben Provenienz. Gekocht wurde die Milch 10 Min. lang, worauf sie in Flaschen gefüllt und in denselben noch auf weitere 10 Min. in siedendes Wasser kam, pasteurisiert wurde die Milch durch 1-stündiges Erwärmen der Milch im Wasserbade auf 70°—65°, wobei die Temperatur in der Milch selbst gemessen wurde. Ich arbeitete mit der gewöhnlichen käuflichen Kuhmilch und verfuhr mit äusserster Sorgfalt, so wie es gemeinhin in der Praxis empfohlen wird. Nach der angegebenen Behandlung der Milch kam dieselbe in den Brütschrank bei 37° und hier stellte es sich nun heraus, dass die pasteurisierte Milch bereits nach 4—6 Stunden auf Lackmus sauer reagiert und nach 10—12 Stunden geronnen war und einen üblen Geruch angenommen hatte. Die gekochte Milch hingegen reagierte leicht sauer erst nach Verlauf von mindestens 24 Stunden und gerann erst nach 30—36 Stunden. Wurde die Milch kühl aufbewahrt, so gestalteten sich die Verhältnisse natürlich wesentlich besser, aber auch hierbei stellte sich die saure Reaktion und die Gerinnung bei der pasteurisierten Milch sehr viel früher ein als bei der gekochten, nach 2 Tagen dort, gegen 4—5 Tagen hier. Diese Ergebnisse beziehen sich auf unsere Petersburger Milch, die ja bekanntlich sehr verunreinigt ist. Ich glaube daher dem Kochen für unsere Milch den unbedingten Vorzug geben zu müssen. Ich möchte mir den Hinweis gestatten, dass es zur Zeit voreilig erscheinen dürfte durch Pasteurisieren Zymosen erhalten zu wollen, deren direkter Nutzen für den Säugling durchaus nicht bewiesen, deren Verwendbarkeit im Organismus des Menschen noch sehr problematisch ist, auf Kosten der gründlichen Abschwächung der die Milch verunreinigenden Bakterien, deren Anwesenheit sicher mit Nachteil für den Säugling verbunden ist.

Referate.

Die Diphtherieprophylaxe und die Bedeutung der gesunden Bazillenträger für die Verbreitung der Krankheit. Von Y. Ustvedt. Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheit. Bd. LIV. Heft 2.

Während einer Diphtherieepidemie in Christiania 1903 wurden Untersuchungen an gesunden Schulkindern vorgenommen; unter 4277 solcher fanden sich bei 191 (4.5 pCt.) lebende D.-bazillen im Rachenschleim, nicht Pseudo-D.-bazillen. Von diesen 191 erkrankten später einige an D., die bei weitem meisten blieben ganz gesund. Behring meint für letztere, dass ihre Bazillen im Blute Antitoxine produzieren, die Immunität verleihen. Warum geschieht das aber nicht bei Allen? Ustvedt untersuchte nun in ferneren Landgemeinden, wo keine D.-fälle vorgekommen waren, Schulkinder — bei keinem fanden sich D.-bazillen. Ebenso schwanden sie in Christiania, als die Epidemie völlig vergangen war. Das spricht gegen Behrings Ansicht, dass D.-bazillen, wie Pneumoniekokken, ubiquitär seien, die nur unter bestimmten Bedingungen krank machen, und dass daher Isolierung und Desinfektion unnütz seien, nur prophylaktische Seruminjektionen hätten Sinn. Dagegen wendet sich U. strikt. Solche Injektionen schützen den Injizierten für 3—4 Wochen, aber Infektionen können von ihm ausgehen, da die Bazillen nicht dadurch im Rachen getödtet werden. U. bleibt also bei der Empfehlung der Isolierung auch der gesunden Bazillenträger. Freilich ist seine Erfahrung die, dass in der Schule die Infektion viel weniger wahrscheinlich ist (vielleicht ausgenommen die Zwischenstunden mit dem sich Erhitzen, sich Brasseln und andern intimeren Berührungen) als der Verkehr zu Hause. Er fand die 191 gesunden Bazillenträger nicht nach bestimmten Schulklassen gruppiert, sondern nach Strassen und Häusern der Stadt.

Masing.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Gumprecht: Die Technik der speziellen Therapie. 4. umgearbeitete Auflage. Jena. G. Fischer 1906. 412 Seiten. Preis 8 M.

Es wird die Ausführung folgender Eingriffe besprochen:

1. Haut: Punktion, Aderlass, Transfusion, Gelatineinjektion, Impfung, subkutane Ernährung.

2. Speiseröhre: Sondierung.

3. Magen: Spülung, elektrische und Massagebehandlung.

4) Darm: Palpation, Bougie und elektrische Behandlung, Infusion, Rektalernährung.

5) Obere Luftwege: Allgemeine Behandlungsmittel; Lokalbehandlung der Nase, des Rachens, des Kehlkopfes, Tracheotomie und Intubation.

6. Brustorgane: Thorakocentese; Heberdrainage; Rippenresektion; Paracentese des Herzbeutels.

7. Abdomen: Bauchpunktion.

8. Nervensystem: Lumbalpunktion; Nerven- und Rückenmarksdehnung.

9. Harnorgane: Katheterismus: medikamentöse Lokalbehandlung der Harnröhre; Blasenspülung und Blasenpunktion.

10. Lokalanästhesie, Rückenmarksanästhesie, Narkose.

Das Buch hat in 8 Jahren 4 Auflagen erlebt, — das zeigt, wie gross das Bedürfnis nach einem derartigen Leitfaden war. Es ist gut geschrieben, mit einem reichhaltigen Literaturverzeichnis versehen und ausgezeichnet ausgestattet.

O. Moritz.

A. v. Sokolowsky: Klinik der Brustkrankheiten. 2. Bde. 1327 Seiten. Hirschwald. Berlin 1906.

Das umfangreiche Werk des hervorragenden polnischen Arztes zerfällt in 2 Teile: Band I behandelt Erkrankungen der Trachea, der Bronchien und der Lungen, Band II die Krankheiten des Brustfell, des Mediastinum und die Lungenschwindsucht. Verfasser war früher Arzt in Görbersdorf, zur Zeit, als die berühmte Heilanstalt unter Brehmer auf der Höhe ihres Glanzes stand. Seit mehr als 20 Jahren ist er Primararzt am «heiligen Geisthospital» in Warschau. Die Uebersetzung verdanken wir Dr. Alexander Fabian in Warschau. Wir haben es mit einem fundamentalen Werke zu tun und es ist nur schwer verständlich, wie ein praktischer Arzt die Zeit zu einer derart umfassenden und gründlichen wissenschaftlichen Arbeit finden konnte. An jedem Kapitel überrascht auf's Neue die souveräne Beherrschung des gewaltigen literärischen Materials und wir überzeugen uns bald davon, dass der Autor in den letzten Jahrzehnten die Klinik der Brustkrankheiten auf's Genaueste studiert hat. Aber noch interessanter macht das Werk der Umstand, dass ein praktischer Arzt es schrieb, ein genauer Beobachter und ein Therapeut, der auch scheinbar geringfügige Beschwerden des Kranken sorgfältig erwägt und behandelt. Er ist mit Leyden der Ansicht «dass die Berücksichtigung aller Kleinigkeiten Aufgabe der ärztlichen Tätigkeit sei, denn die grossen Aufgaben verrichtet in der Krankheit die Natur selbst».

Trotz der Uebersetzung und der ausführlichen Behandlung des Stoffes ist der Stil ausgezeichnet und das Buch leicht zu lesen. Zwar sticht es stark ab von deutschen neueren Lehrbüchern, die denselben Stoff mit knapper militärischer Kürze auf der Hälfte des Raumes besprochen hätten. Aber um so interessanter ist die Lektüre und um so plastischer tritt jeder Krankheitsfall vor unser Auge. — Was die Auffassung einzelner Symptome und besonders die Behandlung betrifft, so ist es selbstverständlich, dass nicht jeder andere Arzt in allem mit dem Verfasser einverstanden sein wird. So hat z. B. die Befürwortung der äusseren «Ableitungsmittel» — als Senfpflaster, Kanthariden, Jodpinselungen, Schröpfköpfe etc., — bekanntlich manche Gegner, die sie als nutzlos verwerfen. Wir hier in Russland stehen im Allgemeinen nicht auf diesem ablehnenden Standpunkt und dürfte sich wohl auch in Deutschland unter dem Einfluss der Bier'schen Ideen eine Wendung in dieser Frage zeigen. Die Empfehlung des Morphium bei der krupösen Pneumonie möchte ich übrigens nicht unterschreiben.

Alles in Allem ist das Buch für jeden Internisten interessant, denn «wer Vieles bringt, wird Manchem etwas bringen».

O. Moritz.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

787. Sitzung am 11. April 1906.

Vorsitzender: Blessig. Stellvertr. Sekretär: Fuhrmann.

1) Heuking hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber die Behandlung der Spondylitis tuberkulosa (mit Demonstration von Kranken). Erschienen im «Практическій Врачъ».

Diskussion:

Hörschelmann erinnert an die seiner Zeit von Anders demonstrierten Korsette aus mit Schellack imprägniertem Filz.

Heuking hat sie auch angewandt doch sind sie sehr starr und der Verschluss lockert sich leicht, auch sind sie zu heiss. Sie sind auch kaum billiger.

Hörschelmann. Die soeben demonstrierten Korsette dürften, da sie Jahre lang getragen werden für die Armenpraxis zu kostspielig sein.

Heuking giebt dieses zu doch könnte man ja auf äussere Ausschmückung verzichten.

Fick fragt ob Vortragender von der Spaltung der Senkungabszesse ganz abgegangen. Fick hat früher meist gespalten, nach gründlicher Ausschabung der Abszessmembran vernäht, wodurch er gute Resultate erzielt hat, indessen ist er in letzter Zeit auch zur Punktion übergegangen. Ferner fragt Fick ob die Korsette bei Extension angelegt würden, und wenn solche in Anwendung käme stark oder schwach.

Heuking meint es liesse sich auch bei der Spaltung nicht die gesamte Abszessmembran entfernen, er punktiert und vernäht die Punktionsstelle. Die Korsette werden bei leichter Extension angelegt. Nur der Halsteil wird stark extensiert, was sich gut durch die am Korsett angebrachten verstellbaren Stützen erreichen lasse.

2. Darauf schreitet man zur Diskussion über den Vortrag von Wanach vom 21 März über sekundäre Verletzung grosser Gefässe und Nervenstämme durch Knochensplitter.

Henking. Das Material der einzelnen Hospitäler war sehr verschiedenartig, je nach der Entfernung der Hospitäler vom Kriegsschauplatz. Nach dem Westen über Charbin hinaus kamen die schwersten Fälle. Das moderne Projektil ist humaner als das frühere. Knochensplitterungen, Knochenbrüche und zwar sehr bedeutende kommen gewiss sehr häufig vor. Da aber das moderne Nickelmantelgeschoss als aseptisch (in prakt. Beziehung) angesehen werden muss, so verlaufen auch solche sehr schwere Verletzungen relativ gut, d. h. ohne Eiterung in der Weise der subkutanen Fraktur. Grosse Kallusbildung ist ja Folge der Splitterung und Dislokation der Fragmente. In früheren Zeiten gab es aber in solchen Fällen sehr häufig Eiterungen, daher Amputationen und häufig Tod. Auch in Bezug auf die Gefässverletzungen gilt dasselbe. Ein direkt vom Projektil od. indirekt von einem Knochensplitter verletztes Gefäss giebt eine Blutung, die trotz grosser Ausbreitung in der Regel nicht vereitert. Die Hautwunde an sich ist sehr klein und verheilt bald, und wir haben es wieder mit einem nicht infilzierten Haematom und traumatischem Aneurysma zu tun, was gegenüber früher doch ein grosser Fortschritt ist. Dagegen führen Shrapnellsplitter meist zu infizierten Wunden.

Schiele hat mehrere primäre Verletzungen von Nervenstämmen ohne Knochensplitterung gesehen, bisweilen handelte es sich um einzelne kleine Stämme die dann zu sonst seltenen Formen isolierter Lähmungen führten. Penetrierende Schädelverletzungen, wo die Kugel des öfteren irgendwo im Schädel geblieben war verursachten anfangs nur Kopfweh und gingen dann glatt zur Heilung. Allerdings sind eventuelle spätere Schädigungen nicht ausgeschlossen.

Ungern hält das moderne Infanteriegeschoss für human. Er hat meistens nur leichtere Fälle gesehen, dabei viele Lochschüsse besonders an den Epiphysen beobachtet und oft Gefässverletzungen gesehen die zu Aneurysmen geführt hatten, ohne Knochensplitterung. Eiterungen schliesst auch Ungern aus.

Weber. Wanach's pessimistische Auffassung des modernen Projektils entspringt wohl aus dem einseitigen Material von vorwiegend schwersten Fällen. Im japanischen Feldzug hat Weber die Verwundeten nur kurze Zeit beobachten können. Seine Erfahrungen im Burenkrieg waren günstiger, wohl weil die Nahverwundungen dort weniger vorkamen. Er hat auch viele Lochschüsse besonders an den Epiphysen gesehen. Sehr häufig sind primäre Gefässverletzungen, da das moderne Projektil die Gefässe nicht beiseite schiebt sondern glatte Lochwunden setzt.

Fuhrmann erwähnt einen Fall von penetrierender Schädelverletzung, wo nach Jahresfrist vom Tage der Verletzungen nur ein Gedächtnisdefekt bezüglich der Schlacht zurückgeblieben war.

Wanach. Wo die Behandlung gut war, da war auch der Verlauf gut, das spricht aber nicht für eine humane Kugel. Die Form der Fraktur an sich ist eine schwere. Vielfach heilen glatt ablaufende Frakturen mit grosser Kallusbildung was auf Splitterungen hinweist. Bei zufällig aus anderen Gründen notwendigen Operationen findet man die sogenannte Lochwunde von grossen Rissen umgeben. Lochschüsse in den Epiphysen leugnet er nicht. Gewiss kommen primäre Gefässverletzungen häufig vor, aber die sekundären sind für den späteren Verlauf sehr wichtig. Auch Nervenstämme können natürlich primär verletzt sein, an ihrem Aussehen kann man übrigens bei Operationen erkennen ob ihre Verletzungen primär oder sekundär war.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Für besondere Mühewaltung und Verdienste um das Kuratorium des von deutschen Reichsangehörigen gegründeten und unter dem Erlauchten Protektorat Seiner Kaiserlichen Hoheit des Grossfürsten Michael Nikolajewitsch stehenden St. Petersburger Alexanderhospitals für Männer, ist dem früheren Direktor dieses Hospitals, Mitglied und Mitbegründer des Kuratoriums desselben, Dr. Emanuel Moritz, der St. Annenorden I. Klasse Allerhöchst verliehen worden.

— Der berühmte Berliner Laryngologe Professor Dr. Bernhard Fränkel beging am 4./17. November seinen 70. Geburtstag. Zu Elberfeld als Sohn eines Arztes geboren, widmete er sich dem Studium der Medizin in Würzburg und dann in Berlin, wo er vor nunmehr 47 Jahren zum Doctor med. promovierte. An seinem 35. Geburtstage habilitierte er sich als Privatdozent, sodass er jetzt genau die Hälfte seines Lebens Berliner Universitätslehrer ist, und zwar seit 1887 ausserordentlicher und seit 1897 ordentlicher Honorarprofessor, in welcher Eigenschaft er die nach seinen eigenen Plänen erbaute prächtige Klinik für Hals- und Nasenkrankheiten im Charité-Krankenhause leitet. In der Berliner Aerzteschaft nimmt Prof. Fränkel eine angesehene Stellung ein. Er ist Mitbegründer des deutschen Aerztevereinsbundes, Ehrenvorsitzender der Berliner laryngologischen Gesellschaft und zum 70. Geburtstage hat die Berl. med. Gesellschaft ihn als ihren langjährigen Geschäftsführer zum Ehrenmitgliede ernannt. Die Laryngologen überreichten dem Jubilar ein kostbares Album mit den Bildern aller Fachgenossen an den Universitäten deutscher Zunge, sowie die Urkunde einer Stiftung, die seinen Namen tragen soll.

— Am 1./14. November vollendete der bekannte Direktor des anatomischen Instituts an der Bonner Universität Prof. Dr. Adolf Freiherr v. la Valette St. George, das 75. Lebensjahr. Wie verlautet, tritt er zu Ostern 1907 vom Lehramt zurück.

— Das 25-jährige Jubiläum ihrer ärztlichen Tätigkeit begingen am 7. November, ausser den von uns in der vorigen Nummer namhaft gemachten Aerzten, auch der Kiewer Professor A. Pawlowski (Chirurg), der Tomsker Professor Gramatikati (Gynäkolog), der Warschauer Professor N. Brussjanin (Hygieniker), die Privatdozenten der milit.-med. Akademie A. Lipski und G. Smirnow, ferner die Redakteure medizinischer Journäle L. Litschkus, S. Orjetschkin, M. Uwarow und J. Fomin in Petersburg. Alle die Genannten haben vor 25 Jahren an der früheren mediko-chirurgischen Akademie die Venia practicandi erlangt.

— Zum Prorektor der Kiewer Universität ist der Professor emer. der Chirurgie Dr. P. Morosow gewählt worden.

— Der ältere Arzt des Marienhospitals für Arme Dr. Knoch ist zum Konsultanten der St. Peterburger Entbindungsanstalt ernannt worden, unter Belassung in seiner bisherigen Stellung.

— Der Arzt der Kaiserlichen Rechtsschule Dr. Snjeshkow ist auf sein Gesuch krankheitshalber mit Uniform verabschiedet worden.

— Die Münchener Akademie der Wissenschaften hat die Professoren der Anatomie Froriep in Tübingen und Rabl in Leipzig zu korrespondierenden Mitgliedern gewählt.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 1. November in St. Petersburg das Ehrenmitglied des Roten Kreuzes, Ehrenleibchirurg Dr. Nikolai Wilczkowski im nahezu vollendeten 83. Lebensjahre. Zu Fellin (in Livland) geboren und erzogen, widmete sich der Hingeschiedene dem Studium der Medizin an der Dorpater Universität von 1843—48. Nach Erlangung der Doktorwürde war er Arzt in verschiedenen Truppenteilen und Militärhospitälern, bis er 1859 zur weiteren Vervollkommnung ins Ausland abkommandiert wurde, wo er sich namentlich mit der Chirurgie bei Langenbeck in Berlin beschäftigte. Bei seiner Rückkehr nach Russland wurde er zum Oberarzt des Nikolai-Militärhospitals ernannt und fungierte zugleich als Konsultant am Marieninstitut und Mitglied des militär-medizinischen gelehrten Komitees. Im Jahre 1875 ging er ins Ressort des Ministeriums des Kaiserlichen Hofes über, wo er anfangs Hofmedikus, dann Inspektor des Hofmedizinalwesens war. In den 60 und 70-ger Jahren gehörte er zu den bekanntesten und gesuchtesten Chirurgen Petersburgs. 2) In Libau am 2. November der Leiter einer Privatklinik Dr. Wolfgang v. Grot nach längerer Krankheit im Alter von 33 Jahren. Der Verstorbene war zu Hasenpoth als Sohn des dortigen Kreisarztes geboren, besuchte das Gymnasium in Goldingen und studierte dann von 1892—98 Medizin an der baltischen Hochschule in Dorpat, wo er der Korporation Kuronia angehörte. Seine ärztliche Tätigkeit begann er als Assistenzarzt an der Reimersschen Augenheilanstalt in Riga, war dann Assistent am Stadtkrankenhause in Libau und Riga, bis er sich im Okt. 1904 als Chirurg an dem Diakonissenhause und praktischer Arzt in Libau dauernd niederliess. Der Verstorbene galt als ein pflichtbewusster, hervorragend tüchtiger Arzt und guter Kollege und erfreute

sich daher grosser Achtung und Liebe unter seinen Patienten sowohl, wie auch unter seinen Standesgenossen. 3) Am 18. Oktober in Jalta der Leiter eines Sanatoriums daselbst Dr. Michael Dempel im 35. Lebensjahre nach 10-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 4) In Odessa am 15. Oktober Dr. Leo Feldstein im Alter von 30 Jahren. Nach Absolvierung seiner Studien i. J. 1904 war er Landschaftsarzt im Gouvernement Kursk. 5) Am 20. Oktober in Tiflis der frühere Militärarzt Peter Tscherepanow im 34. Lebensjahre. Er hat sich im dortigen Militärhospital erschossen. 6) In Neapel der Professor der Anatomie Rossi, der durch einen Dolchstich ins Herz auf offener Strasse von dem Dr. philos. Lagano ermordet wurde. Lagano trieb nämlich unter den Studenten einen schwunghaften Handel mit autographierten Vorträgen der Professoren, die ihm diese umsonst überliessen. Rossi hat sich geweigert, ebenso zu verfahren und verteilte seine Vorträge an die Schüler selbst. Aus Rache hierfür erstach ihn Lagano.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Die Konferenz der Professoren der militär-medizinischen Akademie hat eine Resolution angenommen, in der das Bedauern über den von uns in der vorigen Nr. erwähnten Beschluss des Studentenmeetings vom 20. Oktober ausgesprochen und darauf hingewiesen wird, dass die Hochschulen für die Wissenschaften existieren müssen und nicht als Arena für Politik und revolutionäre Tätigkeit dienen dürfen. Die Konferenz tadelt einstimmig die Studenten, welche die Akademie in den politischen Kampf hineinziehen und ihre Zukunft gefährden. Sie beschloss den Kriegsminister sofort um die Wiedereröffnung der Akademie zu bitten, die am 9. November auf Anordnung des Kriegsministers auch stattgefunden hat, ohne dass die Studenten ihre anstössige Resolution zurückgenommen hätten! Es sollen hinfort aber allgemeine akademische Zusammenkünfte nicht mehr gestattet werden. Kursusberatungen können zwar stattfinden, aber nur mit Genehmigung des Chefs der Akademie, dem das Programm vorgestellt werden muss, und in Gegenwart eines oder mehrerer Stabsoffiziere (Inspektoren) der Akademie.

— Zum Dekan der medizinischen Fakultät der Moskauer Universität ist Prof. D. Sernow (Anatom) gewählt worden.

— An der Charkower Universität haben soeben 60 Personen den Arztgrad erlangt, darunter 20 Frauen. Ausserdem haben 50 Personen mit ausländischen Diplomen die Venia practicandi erlangt.

— Der Privatdozent an der deutschen Universität Prag Dr. Joseph Langer ist zum Professor extraord. der Kinderheilkunde in Graz ernannt worden.

— Die medizinische Fakultät der Universität Tübingen hat den bekannten Verlagsbuchhändler Alfred Enke in Stuttgart (Firma Ferdinand Enke) zum Ehrendoktor gewählt. Enke hat sich um die medizinische Wissenschaft durch Verbreitung und besondere Ausstattung zahlreicher medizinischer Werke verdient gemacht.

Standesangelegenheiten.

— Am 23. November vollenden sich 25 Jahre seit dem Tode des grossen russischen Chirurgen Nikolai Pirogow. An diesem Tage wird auch in Petersburg eine dem Andenken Pirogow's gewidmete vereinigte Sitzung aller hiesigen medizinischen Gesellschaften im Saale des Pirogow-Museums (auf der Wiborger Seite) stattfinden, in welcher Prof. N. Weljaminow und der Senateur A. Koni die Festreden halten werden. — In den ärztlichen Kreisen findet die von Prof. A. Makejew (Moskau) bei der Eröffnung des Pirogow-Denkmals in Moskau angeregte Idee, zum Gedächtnis des grossen Chirurgen ein «Pirogow-Haus» mit einer medizinischen Bibliothek in Moskau zu erbauen, viel Anklang.

— Der III. Estländische Aerztetag, der sich einer Beteiligung von 51 Aerzten erfreute und einen ungemein regen Verlauf nahm, wurde am 5. November geschlossen. Zum zweiten Sekretär war in der ersten Sitzung Dr. Thomson (Reval) gewählt worden.

— In Wilna ist der Ordinator des Krankenhauses «Kindlein Jesus» Dr. W. Krajewski aus politischen Gründen verhaftet worden.

— Ein allrussischer Chirurgen-Kongress wird zu Anfang des Dezembers d. J. nach Moskau einberufen werden, da der Stadthauptmann die Genehmigung zur Abhaltung eines solchen bereits erteilt hat.

— Die Pirogow-Aerztegesellschaft erhielt von der bekannten Wohltäterin Frau W. A. Morosowa zur Bekämpfung der Hungersnot in den östlichen Gouvernements 5000 Rbl.

— Aerztestreik. Ein sonderbarer Ausstand wird in Athen geplant: Die Aerzte und Apotheker der Stadt haben in einer öffentlichen Versammlung erklärt, dass der gesamte Athener Aerzte- und Apothekerstand bald am Hungertuche wird nagen müssen. Die meisten Athener Aerzte befinden sich tatsächlich in einer sehr schlechten wirtschaftlichen Lage, weil die Zahl der Polikliniken, in welchen die Patienten umsonst oder gegen eine geringe Entschädigung behandelt werden, von Tag zu Tag grösser wird. Die Jünger Aeskulaps und ihre Helfer wollen nun in den Ausstand treten, wenn die Regierung nicht die Neugründung von Polikliniken verhindert und den Aerzten gestattet, in Zukunft für einen Krankenbesuch statt 2 Drachmen 3 Drachmen zu liquidieren. Obwohl mehrere Aerzte die Drohung mit dem Ausstande bekämpften und für eine unwürdige Waffe erklärten, wurden die dahingehenden Anträge doch zum Beschluss erhoben.

Verschiedene Mitteilungen.

— Am vorigen Sonntag den 12. November fand im hiesigen Deutschen Alexander-Männer-Hospital die Einweihung eines neuen Flügels, des «Kommerzienrat R. Hammerschmidt-Baues» und des soeben fertiggestellten Zinshauses des Hospitals statt, in Gegenwart des Kaiserl. Deutschen Botschafters, zahlreicher Mitglieder des Kuratoriums des ehemaligen und des zur Zeit funktionierenden medizinischen Personals und einzelner geladener Gäste. Eröffnet wurde die Feier der Landessitte entsprechend durch einen Gottesdienst nach griechisch-orthodoxem Ritus, woran sich Reden des stellv. Präsidenten des Kuratoriums Herrn C. Siegel und des Direktors Dr. H. Westphalen, sowie eine überaus warm gehaltene Ansprache des Herrn Botschafters Exc. v. Schoen anschlossen. Nach Umgang durch die neueröffneten Hospitalsräume und Besichtigung dieser, erfolgte zum Schluss eine häusliche Bewirtung der Gäste. Den Reden entnahmen wir, dass das auf dem Grundstück des Hospitals an der 16. Linie belegene schöne neue Mietshaus einer Stiftung des Herrn Krumbügel seine Entstehung verdankt, während die Errichtung des neuen Hospitalflügels durch eine Spende eines Mitgliedes des Kuratoriums, des Herrn Kom.-Rats R. Hammerschmidt, und die Einrichtung dieses Baues durch eine weitere materielle Unterstützung seitens eines anderen Kuratoriumsmitgliedes, des Herrn Ingenieurs R. Ziese ermöglicht worden sind. Wie uns mitgeteilt wurde, soll der Neubau weniger eine Vergrösserung als eine Verbesserung des Hospitals und einzelner seiner Einrichtungen bezwecken, wenngleich es durch den Bau eine Vermehrung von 18 Belegplätzen (8 in Privatzimmern 10 in der allgemeinen Abteilung) erfahren hat. Unter den vielen Verbesserungen wurden besonders hervorgehoben: eine bessere Isolierung der Lungentuberkulösen, denen ausserdem durch den Anbau einer geräumigen Glasveranda an den neuen Flügel nunmehr auch ein längerer Aufenthalt im Freien, soweit ein solcher bei unserem Klima möglich ist, gewährt werden soll. Ferner bessere Klosets, sowie grössere und gut ventilierbare Baderäume. Indem diese mit verschiedenen Wannen für Halbbäder und kohlensaure Bäder, einer grossen neuen Schottischen Douche versehen worden sind, soll auch der Hydrotherapie, namentlich bei der Behandlung Nervenkranker, ein grösserer Spielraum eingeräumt und gleichzeitig auch dem gesteigerten Zuspruche des Hospitals seitens solcher Kranken entsprochen werden. Zu diesem Zwecke wird übrigens auch die Bildung einer neuen Abteilung des Hospitals, hauptsächlich für nervöse Patienten geplant, welche ihrer voraussichtlichen Eröffnung, nach Vollendung der noch notwendigen Remonten im Laufe des nächsten Monates entgegen sieht. Wie wir Gelegenheit hatten uns durch persönlichen Augenschein zu überzeugen, ist schliesslich namentlich bei der Einrichtung der neuen Privatzimmer ganz besonders darauf Gewicht gelegt worden, durch Auswahl nicht allein zweckdienlicher sondern zugleich dem Auge wohlgefälliger Möbel dem individuellen Bedürfnisse der Kranken an Komfort und Behaglichkeit zu genügen.

So wollen wir dem Alexander-Männer-Hospital, welches nunmehr auf eine fruchtbringende 25-jährige Tätigkeit unter der hervorragenden Leitung seines ersten Direktors Dr. E. Moritz zurückblicken kann, Glück wünschen zu seinem neuen Schritte vorwärts und für dasselbe auch für die Zukunft eine gedeihliche Tätigkeit erhoffen.

— Das Sanatorium für Lungenkranke in Massandra (in der Nähe von Jalta) wird auf Initiative der Fürstin Barjatinski der Leitung der Gesellschaft russischer Aerzte in St. Petersburg unterstellt werden. Zur Regelung der Angelegenheit an Ort und Stelle sind, wie die Tagesblätter berichten, Dr. A. Trojanow und der Sekretär der Gesellschaft russischer Aerzte nach Jalta gereist.

— In Riga hat sich soeben eine Albertina-Schwestergemeinschaft konstituiert, die den Zweck verfolgt ein gebildetes und geschultes Pflegerinnen-Personal für die städtischen Krankenhäuser und die Privatpflege zu beschaffen. Sie ist eine weltliche Schwesterschaft, während die bereits in Riga bestehende Marien-Diakonissenanstalt eine kirchliche Schwesterschaft ist.

— Die Gesellschaft des russischen Roten Kreuzes hat, wie verlautet, in den zwei Kriegsjahren (1904—1905) 29,450,000 Rbl. verausgabt.

— Krebsforschung in Frankreich. Die kürzlich in Paris gegründete Vereinigung zur Bekämpfung der Krebskrankheit hat einen von zahlreichen hervorragenden Gelehrten und Finanzleuten unterzeichneten Aufruf veröffentlicht, der zum Beitritt auffordert und die Ziele der Vereinigung kundgiebt. Die erste Subskriptionsliste weist einen Betrag von 267,000 Francs auf.

— Nach einer Erläuterung des Medizinalrats können Personen, die keine Zeugnisse über Absolvierung von 2 Klassen eines Staatsgymnasiums oder des entsprechenden Kursus von Privatschulen mit den Rechten der Kronsanstalten besitzen, nicht in zahnärztliche Schulen aufgenommen werden.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 4. Nov. d. J. 12029 (187 mehr als in der Vorwoche), darunter 1318 Typhus — (20 mehr), 1177 Syphilis — (45 wen.), 569 Scharlach — (19 mehr), 287 Diphtherie — (15 mehr), 58 Masern — (4 wen.), und 7 Pockenkranke — (0 mehr als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 19. Okt. bis 4. Nov. d. J. im ganzen 787 (437 M., 350 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 38, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 19, Scharlach 25, Diphtherie 46, Croup 0, Keuchhusten 12, Croupöse Lungenentzündung 40, Erysipelas 4, Grippe 11, Katarrhalische Lungenentzündung 59, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 12, Tuberkulose der Lungen 103, Tuberkulose anderer Organe 13, Alkoholismus und Dilirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 51, Marasmus senilis 26, Krankheiten des Verdauungskanals 66, Totgeborene 41.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 28. Nov. 1906.

Tagesordnung:

Rinne: Ein Fall von schwerem chronischem Enterospasmus.

Lezenius: Ueber hydrotherapeutische Behandlung der Neuritis optica und ihrer Folgezustände.

— Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 20. Nov. 1906.

Tagesordnung:

Serk: Ueber Buttermilch als Säuglingsnahrung.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. **R. Wanach** in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 46 St. Petersburg, den 18. November (1. Dezember). **1906.**

(Aus der I. Med. Abteil. des Stadtkrankenhauses zu Riga. Chefarzt Dr. A. v. Bergmann).

Zur Frage der medullären Anästhesie.

Von

Dr. Oskar Brehm.

(Vortrag gehalten auf dem XVIII. livl. Aerztetage am 21. August 1906).

Ich ergreife das Wort zur Frage der medullären Anästhesie, nicht weil ich etwas neues dazu zu sagen habe, sondern weil jeder Erfahrungsbeitrag zu diesem theoretisch so interessanten und praktisch eminent wichtigen Problem wertvoll ist. Die Methode als solche hat ja heute nicht mehr den Kampf ums nackte Dasein zu kämpfen, jetzt handelt es sich darum ihr die berechtigten Grenzen zu stecken. Nur sehr lange Reihen gewissenhafter Beobachtungen können diese Frage lösen. Mit dem blossen Entusiasmus ist's ebensowenig getan, wie mit der abweisenden Skepsis. Wie lange hat es gedauert, bis das Chloroform richtig beurteilt wurde! Die Geschichte der medullären Anästhesie ist jung, aber reich an wichtigen Marksteinen und heissen Kämpfen. Der Amerikaner Corning kam als erster auf den kühnen Gedanken mit der Injektionsspritze an's Rückenmark heranzugehen und machte schon 1885 seine ersten schüchternen Versuche; er wagte es anfangs überhaupt nicht in den Arachnoidsack einzudringen, sondern injizierte nur in die Nähe des Rückenmarkes, später ist er auch in den Arachnoidsack eingedrungen. Corning hat es nicht vermocht seiner genialen Idee Leben zu verleihen, er fand kaum Beachtung und wurde in der Folge ganz vergessen. 1891 hat Quincke dann ganz zielbewusst das Eindringen in den Arachnoidsack zur praktisch-medizinischen Methode erhoben, indem er eine sichere, einfache, jedem zugängliche Technik dafür schuf durch seine bekannte Lumbalpunktion. Das kolossale Verdienst den duralen Weg der Chirurgie in weitem Masse dienstbar gemacht zu haben, kommt aber einzig August Bier zu. 1898 schlug er zuerst vor Kokaïn in den Arachnoidsack zu bringen, um es direkt auf die sensiblen Rückenmarkswurzeln wirken zu lassen und so die untere Körperhälfte zu anästhesieren. Er hat sich selbst dabei zum Versuchsobjekt hergegeben. Die Kokaïnisierung des Rückenmarks ist dann namentlich in Frankreich und Amerika lebhaft aufgenommen und angewandt worden in viel weiterem Umfang als Bier selbst es wünschte und empfahl. Er wollte es nur bei ausgewählten Fällen gebraucht wissen, wo eine direkte Indikation gegen die Allgemeinnarkose bestand. Bald kam auch die Reaktion: die gewünschte Schmerzlähmung war ausgezeichnet, es traten aber sehr unangenehme Neben- und Nachwirkungen auf: Erbrechen, schwere Kollapse, vor allem aber anhaltende sehr heftige Kopfschmerzen und hohes Fieber. Diese Erfahrungen waren nicht einladend und viele Sanguiniker warfen die ganze Methode zum alten Eisen. Bier selbst reservierte die Methode nach wie vor für ganz bestimmte Fälle und arbeitete unverdrossen an ihrer Vervollkommnung, die er in erster Linie von einem ungiftigen Ersatzmittel des Kokaïns erhoffte. Sein Optimismus hat sich bewährt: die medulläre Anästhesie ist heute von einer sehr grossen Anzahl der Chirurgen anerkannt als Ersatzmittel der Allgemeinnarkose in allen Fällen, wo diese gefährlich erscheint, sie hat aber auch sonst schon den Kampf mit dem Chloroform aufgenommen. Diesen Aufschwung ver-

dankt die Methode 4 wichtigen Verbesserungen. Erstens ist die Technik vorzüglich ausgebaut und verbessert worden, zweitens ist das gefährliche Kokaïn durch das ungiftige Stovaïn, Tropakokaïn und Novokaïn ersetzt worden, drittens hat Braun die Nebennierenpräparate eingeführt, das Adrenalin, Paranephrin etc., deren Zusatz die Wirkung erhöht und die Giftigkeit bedeutend herabsetzt. Viertens endlich fand man, dass es wichtig sei isotonische Lösungen zu injizieren. Eine wässerige Lösung bedingt eine lebhafte Diffusion und bringt die Nervenfasern stark zum Aufquellen, wodurch sie in hohem Grade geschädigt werden. Man löst also die Mittel in einer Kochsalzlösung von einer Konzentration, die dem Liquor cerebrospinalis isotonisch ist. So konnte Bier 1905 auf dem deutschen Chirurgenkongress mit seiner Methode wieder kühner hervortreten, und nun arbeiten wohl die meisten Chirurgen mehr oder weniger damit, einzelne Autoren (Bier, Slajmer, Schwartz) haben schon über Reihen von mehr als 1000 Fällen berichtet.

Zuerst einige technische Fragen, denn technische Kleinigkeiten sind ausserordentlich wichtig. Die in Betracht kommenden Präparate sind: das Kokaïn, Eukaïn, Tropakokaïn, Stovaïn, Novokaïn und Alypin.

Das Kokaïn und Eukaïn sind wohl für unsere Methode so ziemlich aufgegeben, denn obwohl der Zusatz der Nebennierenpräparate ihre Giftigkeit sehr erheblich mildert, machen sie immerhin noch unangenehme Kopfschmerzen, etwa in 80 pCt. der Fälle. Man giebt nicht mehr als 0,01 wozu noch 0,0005 Adrenalin kommen.

Tropakokaïn wird neuerdings viel benutzt und warm empfohlen, da es wohl das ungiftigste Mittel ist, auch Bier ist in letzter Zeit auf Tropakokaïn übergegangen, wo er das Anästheticum höher in den Arachnoidsack hinaufbringen will. Es beeinflusst nämlich die motorischen Fasern nicht, im Gegensatz zum Stovaïn, wir haben also nichs zu fürchten, wenn es auch oben in den Bereich der lebenswichtigen Nerven gerät. Das Tropakokaïn macht aber doch recht oft Kopfschmerzen. Man giebt 0,02—0,06, höhere Gaben sollen vermieden werden.

Stovaïn von Fourneau in Berlin entdeckt, ist heute wohl das beliebteste Präparat. Es lässt sich gut kochen im Gegensatz zum Kokaïn und kommt in sehr bequemer Form in den Handel in Glasampullen. Eine solche Ampulle enthält 2 ccm einer 4 pCt. Stovaïnlösung, mithin 0,08 reines Stovaïn, dazu noch 0,0022 Kochsalz und 0,00026 Epirenan: Diese Ampullen sollen nicht mehr gekocht werden, sie sind sterilisiert vor dem Zusatz des Epirenan, welches das Kochen nicht verträgt. Sie werden geliefert von Billon in Paris, doch soll das deutsche Präparat der Fabrik Riedel in Berlin besser sein. — Die erlaubte Dosis des Stovaïns soll 0,056 nicht überschreiten nach Bier, — doch giebt z. B. Krönig oft bis 0,12. Ein laxer Standpunkt in der Dosierung ist aufs schärfste zu verurteilen, man kommt mit 0,056 immer aus und für Operationen am Damm und an den Extremitäten genügen 0,04, also genau die halbe Ampulle.

Novokaïn, ein deutsches Konkurrenzpräparat wird auch viel gebraucht, es macht aber Kopfschmerzen, und ob es ungefährlicher ist als das Stovaïn, ist noch sehr fraglich.

Das Alypin ist so ziemlich verlassen.

Die Technik der Injektion ist an sich nicht schwer, doch macht sie dem Anfänger immerhin recht viel Schwierigkeiten, da er nicht auf die vielen wichtigen Kleinigkeiten achtet. Vor allem natürlich strengste Asepsis, nach dieser Richtung hin darf der Pat. nicht der geringsten Gefahr ausgesetzt worden, bei guter Asepsis besteht auch absolut keine Gefahr. Alles muss fix und fertig zur Operation sein, damit man sofort nach der Injektion operieren kann und keine Zeit vergeudet. Das Instrumentarium ist parat. Die Stovaïnampulle wird gründlich mit Aether und Alkohol abgerieben, der Hals dann mit der ausgekochten kleinen Feile durchgefeilt. Die mit Stilet versehene lange Bier'sche Punktionsnadel ist gekocht und mit physiologischer Kochsalzlösung durchgespritzt, ebenso auch die Spritze (am besten die 2 ccm. haltende Rekordspritze mit eingeschliffenem Metallstempel), denn es soll nichts von der Sodalösung, in der sie gekocht wurden, den Instrumenten anhaften. Man aspiriert nun den ganzen Inhalt der Ampulle in die Spritze und drückt dann erst den Ueberschuss heraus. Der Pat. sitzt fertig rasiert und gewaschen quer auf dem Operationstisch, die Beine hängen herab. Man lässt ihn nun einen ordentlichen Katzenbuckel machen, tastet sich mit den beiden Zeigefingern die beiden Darmbeinkämme und legt die beiden Daumen in derselben Höhe auf die Wirbelsäule. Dabei tastet man den Proc. spinos. des IV. Lendenwirbels. Zwischen diesem und dem des III. Lendenwirbels kann man einstechen, besser aber injiziert man zwischen dem II. und III. oder auch zwischen dem I. und II. Wir wählten am häufigsten den 2. Interarcualraum. Zuerst sticht man nur durch die Haut, wobei der Pat. zusammenzuckt und sich gerade richtet. Man lässt ihn sich beruhigen und wieder den Rücken krümmen, worauf man ganz langsam weiterbohrt und zwar genau in der Medianlinie. Man fühlt bald den elastischen Widerstand des Ligam. interspinale, das durchbohrt werden muss. Man tut gut beim Vorschieben der Nadel, dieselbe mit Daumen und Zeigefinger der linken Hand genau zu fixieren und zu dirigieren, um nicht von der Medianlinie abzukommen. Stösst man unterwegs auf einen knöchernen Widerstand eines Wirbelbogens, so ziehe man vorsichtig die Nadel zurück und taste sich langsam vorwärts das Hindernis nach oben oder nach unten umgehend, nie aber suche man seitlich auszuweichen. Der dachziegeligen Anordnung der Wirbelbögen entsprechend führt man die Nadel am besten etwas schräg nach oben. Sobald der Widerstand das Ligam. interspinale nachlässt, zieht man das Stilet heraus und schiebt die Hohlnadel weiter, alsbald sprudelt dann der krystallklare Liquor cerebrospinal. heraus. Man lässt davon etwa soviel ablaufen, wie man Flüssigkeit injizieren will, dann setzt man die Spritze an, aspiriert noch Liquor, sodass die Stovaïnlösung sich mit demselben innig mischt, wobei sie einen leicht opaleszierenden Ton annimmt. Hierauf injiziert man den Inhalt langsam, zieht die Nadel schnell heraus und verklebt die Punktionsöffnung mit Kollodiumwatte. Der Liquorabfluss ist das einzige sichere Zeichen, dass die Nadel richtig im Arachnoidsack liegt, und wir dürfen nie injizieren, wenn nicht der Liquor flott abgeflossen ist, es genügt nicht, dass einige Tropfen, gar mit Blut gemischt, abgeflossen sind, — in solchen Fällen verzichtet man lieber ganz auf die medulläre Anästhesie und macht die Allgemeinnarkose. Es passiert äusserst selten, dass die Punktion misslingt und nur bei Mangel an Uebung. — Gleich nach der Injektion legt man den Kranken hin, und wenn man am Damm operiert oder an den Beinen, so bleibt er horizontal liegen, will man höher oben operieren, so muss man das Mittel höher im Arachnoidsack aufsteigen lassen, was man am leichtesten durch Beckenhochlagerung erreicht, welche 5—10 Min. beibehalten wird. Sofort fängt man auch an durch Kneifen mit einem Köberlé das Eintreten der Schmerzlähmung zu kontrollieren. Oft tritt sie schon nach $^1/_2$ Minute ein, meist nach 3—5 Min., gelegentlich muss man aber auch länger warten, in einem unserer Fälle trat die Anästhesie erst nach 10 Min. auf und war ausgezeichnet. Der Pat. liegt

in der Regel ruhig und teilnahmlos da, zuerst schwinden die Reflexe, die Sehnen- und Hautreflexe, und es ist sehr interessant zu beobachten, wie am Abdomen zuerst der untere Bauchhautreflex schwindet, hierauf der mittlere, dann der obere. Es folgt dann sofort die Schmerzlähmung am Damm, an den Beinen und endlich am Rumpf bis zu den Rippenbögen, resp. bis an die Brustwarzen, sie kann aber auch bis über die Clavikeln gehen. Dann geht auch die taktile Empfindung verloren, und zuletzt und am unvollständigsten kommen die motorischen Lähmungen. In umgekehrter Reihenfolge schwinden die Erscheinungen wieder. Die diesbezüglichen sehr genauen Beobachtungen wurden von Finkelnburg an den Kranken Bier's gemacht. Die Schmerzlähmung ist eine totale und hält in der Regel $^3/_4$ bis zu 2 Stunden an, in dieser Zeit können Sie den nervus ischiadicus oder das kolossal empfindliche Peritoneum parietale beliebig quetschen, zerren und schneiden, der Kranke spürt nichts, und wenn Sie ihm Watte in die Ohren stopfen, so ahnt er nicht, dass ihm das Bein abgenommen wird. Eine alte Frau wurde fertig amputiert auf den Wagen gehoben, und als ihr gesagt wurde, das Bein sei schon herunter, da spuckte sie abergläubisch aus und rief: „Pfui, das ist ja Hexerei!" Die Patienten haben sehr oft keine Ahnung, dass sie schon lange operiert wurden und warten immer, dass sie endlich einmal Chloroform bekommen. Eine derartige Täuschung in der Situation kommt bei der lokalen Anästhesie nach Schleich wohl niemals vor, dieselbe stellt oft genug eine beträchtliche Schinderei für den Kranken dar, dazu stört er den Operateur durch Schreien und Strampeln sehr beträchtlich, welch letzteres Moment wir namentlich bei den Herniotomieen früher sehr unangenehm empfanden. Bei der medullären Anästhesie liegt der Patient, auch der nervöseste unbeweglich da, und wenn er aus purer Bosheit strampeln möchte, er kann es nicht, die Beine sind paretisch.

Mithin wäre dann also für die untere Körperhälfte die medulläre Anästhesie mit Stovaïn geradezu ideal? — Das ist nun leider doch nicht der Fall, die Methode hat neben den vielen Lichtseiten auch ihre unangenehmen Schattenseiten. Erstens versagt sie gelegentlich, d. h. die Anästhesie tritt mangelhaft oder garnicht ein, zweitens macht das Stovaïn doch mehr oder weniger unangenehme, ja gefährliche Nebenerscheinungen, drittens endlich in seltenen Fällen hat es auch böse Nachwirkungen. Die Versager sind natürlich sehr peinlich, Bier hatte gleich Sonnenburg anfangs noch 10 pCt. Versager, jetzt hat er noch 4 pCt. und hofft sie ganz vermeiden zu können, da sie fast immer auf technischen Fehlern beruhen. Dönitz erklärt sehr anschaulich das Zustandekommen der Versager. Wir hatten unter den 70 Fällen einen totalen Versager. Es handelte sich um eine Hernienradikaloperation bei einem sehr sensiblen Mann. Der Liquor floss bei der Punktion ganz gut ab, er erhielt 0,056 Stovaïn, die Anästhesie aber war äusserst mangelhaft, und die Operation wurde mit Hilfe der Infiltrationsanästhesie unter lebhaftem Schreien und Strampeln von seiten des Patienten beendet. In einem 2. Fall trat die Anästhesie ein, reichte aber nur 2 Querfinger über die Leistenbeuge hinaus, so dass die geplante Laparotomie unter medullärer Anästhesie nicht gemacht werden konnte. In 5 weiteren Fällen äusserten die Pat. auch etw. Schmerzen während der Operation, doch gestanden sie meist später, sie hätten mehr Angst gehabt als Schmerzen. In 7 Fällen, wo die Operation länger dauerte, liess die Schmerzlähmung zum Schluss etwas nach, so dass einige Nadelstiche gefühlt wurden. In 56 Fällen war die Schmerzlähmung von Anfang bis zum Ende der Operation eine vollkommene, so vollkommen wie in tiefer Narkose, dabei sind wir in der Dosierung sehr vorsichtig gewesen. 0,08 haben wir nur 1 mal gegeben, 0,07 2 mal, 0,056—27 mal, 0,048—19 mal, 0,04—20 mal und 0,02—1 mal. Die unangenehmen Nebenerscheinungen beim Stovaïn bestehen in Uebelkeit, Erbrechen und kollapsartigen Erscheinungen. Ueber ihre Häufigkeit sind die Ansichten der Autoren verschieden, Bier hatte nur in c. 8 pCt. der Fälle, Hermes sogar nur in 2 pCt. der Fälle solche Nebenwirkungen, Heinecke und Läven dagegen fast 50 pCt. Hier mag die subjektive Auffassung eine grosse Rolle spielen, was dem einen kaum beachtenswert erscheint, imponiert dem anderen schon als leichter Kollaps. Wir hatten bisher auch sehr oft Nebenerscheinungen, allerdings haben wir auch ganz leichte Veränderungen immer notiert. Wir haben nämlich bis in die letzte Zeit die Stovaïnampullen immer gekocht und dadurch wohl das wichtige Adrenalin zerstört, jedenfalls traten unter 47 Fällen mit gekochten Ampullen fast bei der Hälfte Nebenerscheinungen auf, unter 23 Fällen mit ungekochten Ampullen nur in einem Viertel. Diese Verhältnisse scheinen doch sehr deutlich für die Wichtigkeit der Nebennierenpräparate zu sprechen. Die üblen Nebenwirkungen treten meist sehr bald nach der Injektion auf, die Kranken werden blass und klagen über etwas Uebelkeit, dabei hat es meist sein Bewenden und der Zustand geht bald vorüber, derartige unbedeutende Zufälle sahen wir 10 mal. Oefter aber kommt es doch zum Erbrechen, welches wir 13 mal beobachteten, es geht fast immer schnell vorüber, nur in einem Fall dauerte es recht lange und störte bei der Operation (Sectio alta). Viel alarmierender und unangenehmer sind die Kollapse, zur Blässe gesellt sich eine leichte Zyanose, die Kranken stöhnen angstvoll, geben an, zwar keine Schmerzen zu fühlen, doch es sei ihnen sehr schlimm zu Mute, der Puls ist dabei klein und verlangsamt, die Respiration oberflächlich und beschleunigt. Wir beobachteten 4 mal leichte Kollapse, 4 mal waren die beunruhigenden Erscheinungen andauernder, so dass Kampher gegeben wurde, einmal gesellten sich auch Respirationsbeschwerden hinzu, so dass kurze Zeit künstliche Atmung gemacht wurde, es handelte sich dabei um einen stark kollabierten alten Mann mit inkarzerierter Hernie. In diesem Stadium kommen auch Todesfälle vor. Bier verlor einen decrepiden Greis mit einem Peniskarzinom, der 0,12 Tropakokaïn erhalten hatte, auf dem Tisch unter den Zeichen der Respirationslähmung, welche Annahme durch die Sektion bestätigt wurde. Auch wir haben einen Todesfall gehabt. Es handelte sich um eine schwer kollabierte, ungeheuer fettleibige Kranke mit einer inkarzerierten, gangränösen Nabelhernie. Der elende Puls und der starke Albumingehalt des Urins verboten unbedingt die Narkose. Sie erhielt 0,056 Stovaïn. Die Punktion durch die Fettmassen war schwierig, der Liquor tropfte nur sehr spärlich.

In Beckenhochlagerung trat sehr schnell eine tadellose Anästhesie ein, allein nach einer Viertelstunde kollabierte Pat. plötzlich, der Puls setzte aus, die Herztöne wurden unhörbar, die Respiration ging noch c. 2 Min. spontan weiter, dann wurde noch künstliche Atmung versucht, — ohne Erfolg. Der Tod machte durchaus den Eindruck eines reinen Herztodes, die Atmung war bis zuletzt unbehindert. Fälle von Herztod sind meines Wissens nicht mitgeteilt worden, und ob dieser Exitus dem Stovaïn wirklich zur Last fällt, ist sehr zweifelhaft. Die Sektion war leider nicht gestattet. Fälle von ganz plötzlichem, unerwartetem Exitus sind bei Nabelhernien überhaupt nicht selten, wir haben 3 derartige Kranke verloren, die erste kollabierte am 3. Tage im Bett, als sie schon ganz ausser Gefahr zu sein schien, eine 2. starb ebenso plötzlich, als sie bereits das Bett verlassen hatte und die dritte war bereits „geheilt entlassen", kollabierte im Fuhrmannswagen vor der Pforte des Krankenhauses und starb. Dass auch diese Kranke mit dem sicherlich schwer degenerierten Herzen und der Nephri-

tis alle Bedingungen für einen plötzlichen Herztod in sich barg, ist sicher, ebenso auch, dass sie auch sonst ein verlorener Fall war, immerhin kann man sich des Eindrucks nicht verwehren, dass das Stovaïn nicht ganz unschuldig gewesen ist, — hätte sie Chloroform gekriegt, so hätte man dasselbe jedenfalls beschuldigt. Ein Moment aber hat sicher eine ätiologische Bedeutung: die Beckenhochlagerung, welche bei fettleibigen Personen ganz direkt lebensgefährlich sein kann, Kraske hat derartige Fälle mitgeteilt, er sagt: „Bei einem kranken, durch degenerative Veränderungen geschwächten Herzmuskel kann sie (die Beckenhochlagerung) durch Ueberfüllung des Herzens und durch den hohen Druck der Blutsäule der V. cava inferior zu einer akuten, irreparablen Dilatation des Herzens führen. In solchen Fällen würde ich künftig auf die Vorteile der Beckenhochlagerung lieber ganz verzichten". (Arch. f. klin. Chir. Bd. 71. 1903). Ich betone auch noch, dass die Punktion schwer gelang und der Liquor nur spärlich tropfte, mithin die Vorschriften Bier's nicht erfüllt waren.

Für die Bedeutung und Wertschätzung der Methode am wichtigsten sind die Nachwirkungen des Stovaïns, sie sind im ganzen selten und bestehen dann gewöhnlich in nicht starken Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen. Sie treten meist erst einige Tage post operationem auf und schwinden spontan in wenigen Tagen, nur in zwei Fällen waren sie hartnäckiger, liessen dann aber allmählich nach. — Die in seltenen Fällen vorkommenden Abducenslähmungen, haben wir nicht gesehen, sie scheinen nicht bedenklich zu sein, denn bleibende Lähmungen des Abducens sind bisher nicht mitgeteilt worden. Gelegentlich aber giebt es doch ganz böse Folgen: bleibende Lähmungen der Beine, der Blase und des Rektums, schwere Wurzelneuritis, Meningitis. Fritz König hatte nach 0,06 Stovaïn eine komplete Lähmung mit Ausgang in Tod nach einigen Monaten. Chaput teilt einen Fall mit, wo ein Pat. mit multipler Hirn-Rückenmarkssklerose gegen seine rasenden Schmerzen Stovaïn erhielt, — er starb am folgenden Tage im Coma mit hoher Temp. Bei einem Kranken Sonnenburgs trat am 10. Tage post operat. eine Meningitis auf, es handelte sich um einen schwer pyämischen Kranken, der im Abdomen eine ganze Anzahl von perityphlitischen Abszessen hatte, eine Impfmeningitis ist wohl ganz sicher auszuschliessen, Sonnenburg selbst meint, er habe durch die Injektion ein trauma gesetzt, ein punctum minoris resistent. geschaffen. Die Fälle von Chaput und Sonnenburg beweisen uns nur, dass die Methode bei Rückenmarksleiden resp. bei Pyämischen nicht angewandt werden darf. Wir beobachteten bei einem sehr decrepiden Greise, dem zwei grosse Brüche operiert wurden, eine 6 Tage lang anhaltende incontinentia urinae et alvi, die dann aufhörte, der Fall hatte 0,07 Stovaïn erhalten, die Punktion gelang schwer, der Liquor floss spärlich. Dass z. B. bei inkarzerierten Hernien schon auf dem Tisch reichlich Stuhl abgeht, haben wir oft gesehen, interessant aber sind zwei Fälle von inkarzerierten Inguinalhernien bei alten Leuten, die spontan zurückgingen. In dem einen Fall, war, da die Operation abgelehnt wurde, die Taxis versucht worden, — ohne Erfolg. In beiden Fällen schlüpften die Brüche zurück, während die Kranken auf dem Operationstisch sitzend, ihre Injektionen erhielten. Operiert wurden beide trotzdem, denn die Dauer der Einklemmung gebot durchaus die Kontrolle des Darmes. Ohne irgendwelche Schlüsse ziehen zu wollen, teile ich die Fälle als interessant und bemerkenswert mit.

Trautenroth teilt einen Fall von schwerer, langdauernder Wurzelneuritis nach Stovaïn mit, wobei dieselbe allerdings schliesslich ganz ausheilte. Hier war ein technischer Fehler gemacht worden, indem ein Teil des Stovaïns injiziert wurde, ohne dass Liquor abgeflossen war. Auch wir haben in einem Fall neuritische Erscheinungen erlebt. Dieselben traten 14 Tage post operat. auf, bestanden in recht starken Nackenschmerzen und Schmerzen im Rücken namentl. rechts, ebenso bestanden auch Schmerzen in den rechten Extremitäten. Die motorischen Funktionen waren normal. Die Punktion gelang hier leicht, der Liquor kam „schnell tropfend". Die Dosis betrug 0,056, es handelte sich um einen gesunden Mann mit Appendizitis. Immerhin spricht das einseitige Auftreten der Neuritis dafür, dass das Stovaïn mehr auf die rechte Seite geraten war und sich hier allein auch nach oben hin ausgebreitet hatte in der Art, wie Dönitz das annimmt. — So recht dazu angetan uns die ganze Methode zu verekeln, ist aber der Fall von Fritz König. Auch hier war die Punktion nicht einwandsfrei, es floss kein klarer Liquor, sondern nur „rosa Flüssigkeit" ab und die Punktion war schmerzhaft, immerhin, das Faktum besteht: ein scheinbar gesunder Mensch ist an den Folgen der Stovaïninjektion gestorben. Darauf ist nur zu erwidern, dass auch das Chloroform und der Aether immer wieder ihre Opfer fordern. Armstrong berechnet 3,2 pCt. schwere Aetherpneumonieen, wovon mehr als die Hälfte starb. Man mag einwenden, dass es viel bessere Statistiken giebt, und dass ein routinierter Narkotiseur die Gefahren der Allgemeinnarkose ganz bedeutend beschränken, ja auf ein Minimum reduzieren kann, das ist richtig, — aber sprechen nicht alle Erfahrungen auch bei der medullären Anästhesie deutlich dafür, dass Erfolge und Misserfolge von der Technik abhängen. Wie viele Menschenleben hat es gekostet, bis man hinter alle Tücken der Allgemeinnarkose gekommen ist, Chloroform und Aether sind alte bewährte Firmen und man sieht ihnen leichter etwas nach als der jungen Methode, — und das durchaus mit Recht. Der Gedanke liegt auch nahe, dass das Stovaïn viel mehr Opfer gefordert hat als in der Literatur mitgeteilt sind, — aber ist das beim Chloroform und Aether anders? Ein gerechter Vergleich der Allgemeinnarkose mit der medullären Methode ist zur Zeit noch unmöglich, die Reihen sind noch viel zu klein. Die üblen Folgen der Allgemeinnarkose sind auch viel schwerer zu kontrollieren, es ist im einzelnen Fall ganz Sache der subjektiven Auffassung, ob man die Schuld an einer Pneumonie der Narkose aufbürdet oder nicht, es ist sicher, dass man früher darin des Guten zu viel getan hat, die diesbezüglichen Untersuchungen bei v. Mikulicz haben bewiesen, dass auch die Lokalanästhesie bei Laparotomieen eine Menge von Pneumonieen macht, und derartige Erfahrungen hat wohl jeder Chirurg gemacht. Trotzdem aber erlebt man, abgesehen von den klaren Fällen von Chloroformtod eine ganze Reihe von postoperativen Todesfällen, wo man den Eindruck hat, dass die Narkose auch mitbeschuldigt werden muss. Von der medullären Methode wissen wir noch weniger, ich möchte sie daher den Herren Kollegen, speziell den auf dem Lande praktizierenden nicht unbedingt empfehlen, sondern raten, sie einstweilen nur mit strengster Indikation anzuwenden, d. h. in allen Fällen, wo die Allgemeinnarkose durchaus gefährlich erscheint, also bei Greisen und decrepiden Leuten, bei Nephritikern, Diabetikern und Herzleidenden. Nicht anwenden soll man die Methode bei Erkrankungen des Rückenmarks, bei Pyämischen und bei Kindern, die es schlecht vertragen sollen, obgleich eigentlich positive Erfahrungen in Bezug auf Kinder nicht viel zu finden sind. Unter den Gynäkologen hat die Methode, so viel ich weiss, noch recht viele Gegner, doch übt z. B. Krönig sie in ausgedehntem Masse, indem er sie noch mit einem Scopolamin-Morphium. Dämmerschlaf verbindet. Ob das Mittel in der Geburtshilfe viel gebraucht wird, weiss ich nicht, Bier

selbst hat im vorigen Jahr noch grosse Vorsicht dabei empfohlen. Es ist überhaupt bewunderungswürdig, wie wenig Bier selbst sich von seiner grossartigen Entdeckung hat hinreissen lassen, das haben immer andere für ihn besorgt, und wäre man von vorneherein ihm gefolgt, es hätte manche traurige Erfahrung und bittere Enttäuschung nicht gegeben. In den überaus wichtigen Fragen der Technik und der Dosierung müssen wir uns durchaus peinlich an die klaren, detaillierten Vorschriften halten, die Biers Schüler Dönitz uns giebt, sie sind zweifellos die besten. Bier ist doch der Spiritus rector in dieser ganzen Frage. Ob seine Idee, die Methode auch auf den Hals und sogar Kopf auszudehnen, sich wird realisieren lassen, wird wohl davon abhängen, ob das Tropacocaïn wirklich das leistet, was es soll, nämlich dass es die motorischen Funktionen ganz aus dem Spiel lässt. Welch' grossartige Perspektive, wenn wir alle Strumen schmerzlos operieren können, ohne sie der Chloroformgefahr auszusetzen, jetzt müssen wir sie mit der Lokalanästhesie noch oft genug tüchtig schinden.

Wir haben zuerst 1904, also reichlich 5 Jahre nach Biers erster Mitteilung die medulläre Anästhesie mit Kokaïn angewandt mit ganz strenger Indikation, in etwa 12 Fällen. Die Anästhesieen waren tadellos, allein die Nach- und Nebenwirkungen fehlten auch nicht, vor allem die sehr heftigen Kopfschmerzen. In diesem Jahr haben wir mit Stovaïn angefangen, zuerst vorsichtig mit strenger Indikation, erst in den letzten Monaten haben wir in ausgedehnteren Masse damit gearbeitet, daher kann ich Ihnen ev. über 70 Fälle berichten. Diese Statistik aber soll fortgesetzt werden und im nächsten Jahr Ihnen ev. wieder darüber Mitteilung gemacht werden. Bis dahin werden sich gewiss manche wichtige Fragen geklärt haben.

Soll ich nach unseren bisherigen, nicht grossen Erfahrungen ein Urteil abgeben über den Wert der medullären Anästhesie, so fasse ich es etwa so: die Methode ist sehr wertvoll in den Fällen, wo aus irgend einem Grunde die Allgemeinnarkose gefährlich erscheint, sie erweitert dadurch die Grenzen unseres operativen Könnens ganz bedeutend und gestattet uns eine ganze Reihe von Kranken zu operieren, bei denen wir früher den Eingriff ablehnten, z. B. bei den Greisen mit Hernien. Ob die medulläre Anästhesie überhaupt ungefährlicher ist als die Allgemeinnarkose und die letztere verdrängen wird, — ist noch eine ganz offene Frage, deren Beantwortung den grossen Statistiken vorbehalten bleibt. Sicher annehmen kann man, dass die Methode noch bedeutend ausgebaut und verbessert werden wird, — sie steckt ja noch in den Kinderschuhen.

An unseren 70 Fällen haben wir folgende Operationen ausgeführt:

Amputatio cruris	6	mal
Resectio genu	2	„
Exarticulatio cruris	1	„
Osteomyelitis tibiae	4	„
Abscessus cruris	1	„
Plastica cruris	1	„
Amputatio femoris	2	„
Sequestrotomia femoris	1	„
Varicenoperation	1	„
Hämorrhoidenoperation	4	„
Discisio fistulae ani	5	„
Sectio alta	2	„
Hydroceleoperation	3	„
Radicaloperat n. Bassini	17	„
Herniotomieen	8	„
Appendicitis	2	„
Perityphlitis	1	„
Abscessus abdomin	1	mal
Radicaloperat. ein. Nabelhernie	1	„
Hernia umbilic. incarcer.	1	„
Resectio oss. ilei	1	„
Laparotomieen	5	„

Was die Technik der Punktion anbetrifft, so wurde sie mit Ausnahme von 4 Fällen in der Medianlinie gemacht, meist im 2. oder 3. Interarcualraum, sie gelang „leicht" — 59 mal, „nicht sofort beim ersten Stich" — 7 mal, „sehr schwer — 4 mal. Der Liquorabfluss erfolgte" im Strahl" — 39 mal, „schnell tropfend" — 22 mal, „langsam tropfend" — 9 mal. — In 36 Fällen lag eine mehr oder weniger strenge Indikation vor die Allgemeinnarkose zu umgehen, in 34 Fällen lag keine Indikation vor z. T. wurde die Methode von den Pat. selbst gewählt. Einige Patienten, welche sowohl die Chloroformnarkose als auch die medulläre Anästhesie durchgemacht hatten, gaben der letzteren den Vorzug.

Für die freundliche Ueberlassung des Materials sage ich meinem verehrten ehemaligen Chef Herrn Dr. A. v. Bergmann meinen besten Dank.

Referate.

E. Benjamin und A. von Reus: Röntgenstrahlen und Stoffwechsel. (Münchener med. W. Nr. 33).

Nachdem es den Verfassern vor kurzem gelungen war das Spaltungsprodukt des Lezithins, das Cholin, im Blut und in den Organen intensiv bestrahlter Kaninchen nachzuweisen, gingen sie daran einen Stoffwechselversuch am Hunde auszuführen, der einer möglichst starken Bestrahlung ausgesetzt wurde. Dabei kamen sie zu dem Ergebnis, dass der normale Organismus auf intensive Röntgenbestrahlung mit einer nicht sehr erheblichen Vermehrung des ausgeschiedenen N (und zwar vorwiegend des basischen N) reagiert, welche, unmittelbar nach der Bestrahlung einsetzend, durch mehrere Tage andauert, um dann wieder auf normale Werte zurückzugehen; und mit einer rasch einsetzenden und rasch vorübergehenden Vermehrung der P_2O_5 Ausscheidung, der sich eine länger andauernde Verminderung der P_2O_5 Werte anschliesst. Der Parallelismus, welcher zwischen den Veränderungen im Blut (rasch vorübergehende Hyperleukozytose), den anatomischen Veränderungen (explosionsartige Zerstörung des lymphoiden Gewebes, die nach 24 bis 36 Stunden ihren Abschluss erreicht hat), dem Auftreten und raschen Wiederverschwinden des Cholins im Blut und der P_2O_5-vermehrung im Harn herrscht, scheint darauf hinzuweisen, dass die Lezithine und die ihnen verwandten Substanzen den Hauptangriffspunkt für die Röntgenstrahlen bilden.

Weyert.

Balder, Heichelheim und Metzger: Untersuchungen über den Einfluss grosser Körperanstrengungen auf Zirkulationsapparat, Nieren und Nervensystem. (Münchener med. W. 38).

Gelegentlich des von der Frankfurter Vegitarischen Gesellschaft veranstalteten Dauermarsches über 100 Kilometer war es den Autoren ermöglicht, 12 Teilnehmer genauer zu untersuchen. Es handelte sich um junge, kräftige Leute von 17—27 Jahren, die die Strecke in möglichst kurzer Zeit passieren sollten. Vor dem Marsche hatten alle, mit einer Ausnahme, eiweissfreien Urin. Nach dem Marsche fand sich in allen Fällen Eiweiss, von leichter Opaleszenz bis circa $^1/_2$ promille Essbach. In 4 Fällen war Blut nachweisbar. Das spezifische Gewicht des Urins war in allen Fällen sehr hoch. Mikroskopisch fanden sich, mit Ausnahme 3 Fälle, in allen übrigen Zylinder der verschiedensten Art und Nierenepithelien. Vor dem Marsche liessen sich bei allen Teilnehmern normale Herzgrenzen nachweisen, nach der Ankunft erwiesen sich die Grenzen bedeutend nach rechts und links verbreitert. Der Blutdruck, der bei den Einzelnen sehr verschieden war, fand sich nach dem Marsche bei allen Teilnehmern bedeutend gesunken (Maximum bis 25 Prozent). Die Pulszahl war beträchtlich gestiegen, die Form des Pulses nicht nennenswert

verändert. Bei allen Wettgehern war eine Gewichtsabnahme von durchschnittlich 4 Pfund zu konstatieren. Mehrere Tage nachher waren alle diese Veränderungen wieder verschwunden. Bei 8 von 12 Untersuchten schwächteh sich die Sehnenreflexe ab, bei 1 gingen sie verloren (hatte vordem schon schwache Reflexe) und bei 3 blieben sie normal. Der Achillessehnenreflexe blieb bei allen normal. Bei 10 Leuten traten Nystagmus und Fixationsschwäche auf.

Weyert.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

H. Oppenheim: Psychotherapeutische Briefe. Verlag v. S. Karger, Berlin 1906. 44 Seiten. Preis 1 M.

Der Verfasser will mit dieser Sammlung den jüngeren Fachkollegen eine Anleitung geben, die ihnen willkommener sein dürfte, als die theoretischen Abhandlungen über Psychotherapie. Psychotherapie — «und das heisst ungefähr soviel, wie . . . . Behandlung von Kranken überhaupt» — müssen alle Aerzte beherrschen, daher sich Verf. auch nicht ausschliesslich auf die Neurosen beschränkt. Ein weiterer Vorteil dieser Briefe ist, dass sie im entsprechenden Falle dem Kranken selbst in die Hand gegeben werden können. Mit Dank quittieren wir für diese eigenartige und wertvolle Gabe aus dem Erfahrungsschatz des Verfassers und sehen mit Spannung der in Aussicht gestellten weiteren Serie derartiger Briefe entgegen.

Michelson.

Alexander Pilcz: Beitrag zur vergleichenden Rassenpsychiatrie. Leipzig u. Wien, Franz Deuticke, 1906. 44 Seiten. Mark 2,50.

Die Schlussfolgerungen des Verf. lauten:

«Die skandinavisch-germanischen Stämme zeigen die grösste Neigung zu Depressionszuständen; bei ihnen wird auch Selbstmord am häufigsten beobachtet. — In den hereditär-degenerativen Geistesstörungen stellen die Juden im Verhältnis zur übrigen Bevölkerung das grösste Kontingent. — Der Alkoholismus und die alkoholischen Geistesstörungen kommen vorzugsweise bei den europäischen Völkern vor. Unter diesen sind es wieder die Nordslaven und Germanen, unter denen die Alkoholpest am meisten wütet, während die Romanen sich mehr durch Mässigkeit auszeichnen. Bei aussereuropäischen Rassen scheint der Alkoholismus speziell quoad Psychosen nicht dieselben Folgen zu haben wie bei uns; namentlich das typische Delirium wird viel seltener angetroffen, auch dort, wo der Alkoholismus eingeschleppt wurde. — Süchtige d. h. Individuen, welche gewohnheitsmässig mit Narkotika Missbrauch treiben, gibt er in allen Erdstrichen. Nur das Narkotikum selbst wechselt. Wo das Volksgift nicht der Alkohol ist, ersetzt ihn das Opium, der Haschisch, die Coca u. s. w. — Endemisch und epidemisch auftretende hysterische Geistesstörungen, wie sie in früheren Zeiten in Europa bekannt waren, gibt es jetzt daselbst nicht oder kaum je sporadisch. Dergleichen treffen wir aber bei niederen Rassen an, welche überhaupt zur Hysterie und auch Epilepsie mehr disponiert erscheinen. — Die progressive Paralyse stellt in ihrer erschreckenden Häufigkeit eine traurige Spezialität Europas dar. Ausserhalb Europas ist sie trotz stellenweise geradezu enormer Verbreitung der Syphilis sehr selten. Dass aber die «Zivilisation» als zweiter Faktor auch nicht zur Entscheidung ausreicht, zeigen die Japaner, bei welchen die Paralyse gleichfalls sehr selten ist».

Michelson.

Robert Sommer: Klinik für psychische und nervöse Krankheiten. Halle a. S. Verlag v. Carl Marhold. 1906. I. Band. 1. Heft.

Dieses neue Werk des Giessener Professors soll in Form von Vierteljahrsheften nach Verlauf von 2 Jahren zum Abschluss kommen. Es soll durch Darlegung der grade vom Verf. so sehr vervollkommneten Untersuchungsmethoden im einzelnen Falle dem praktischen Arzte wie dem Fachkollegen die verbesserte Diagnostik und die darauf beruhende erfolgreichere Therapie vorgeführt werden, und zwar nicht nur auf dem Gebiete der Psychiatrie im engeren Sinne, sondern auch für die grosse Gruppe der psychisch-nervösen Zustände und der funktionellen Nervenkrankheiten. Das vorliegende Heft enthält folgende 6 Arbeiten: Sommer: Psychiatrische Untersuchung eines Falles von Mord und Selbstmord mit Studien über Familiengeschichte und Erblichkeit. Derselbe: Geistesschwäche bei psychogener Neurose v. Leupoldt: Nachweis der Simulation von Taubstummheit durch Schreckwirkung auf akustische Reize. Derselbe: Zur Symptomatologie der Katatonie. Jaeger: Familiärer Kretinismus. Berliner: Ein Fall von Neubildung des Kleinhirns. Vorzügliche, namentlich photographische Abbildungen illustrieren den Text.

Michelson.

Protokolle
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1347. Sitzung am 8. Mai 1906.

Ucke: Zur Entstehung der Geschwülste (Der Vortrag ist im Druck erschienen. St. Petersb. Med. Wochenschrift Nr. 36, 1906).

Diskussion:

Blessig weist auf die Gallenbildungen an Pflanzen hin als Beispiel für die Bildung typischer Tumoren durch den Reiz von Parasiten.

Heuking: Ucke stellt die Entstehung eines Tumors in Analogie zur Entwicklung des befruchteten Eies. Da nun bei Kölenteraten auch mechanische Reize das unbefruchtete Ei zur Entwicklung bringen können, so kommen wir auf diesem Wege wieder zu der alten Theorie der Entstehung der Geschwülste durch mechanische Einflüsse. Weiter käme man vielleicht, wenn man die Entstehung der Tumoren in Analogie setzt nicht zur normalen, sondern zur pathologischen Entwicklung der Eizelle.

Was die Kapselbildung um Tumoren anbetrifft, so kann man sie nicht als eine notwendige Reaktion des Körpers gegen einen Fremdkörper auffassen, da sie durchaus nicht regelmässig vorhanden ist, so fehlt die Kapselbildung z. B. bei den infiltrierenden Karzinomen.

Wladimiroff: Die Diskussion über das Thema ist schwer, weil der Vortrag mehr Ideen als Tatsachen bringt. Die alten Theorien von mechanischen und chemischen Reizen sind herangezogen unter dem neuen Gesichtswinkel der Keimfähigkeit einer Zelle. Damit wird allerdings das Verständnis gefördert und die Theorie ist reizvoll, ob man aber mit ihr weit kommen wird ist fraglich.

Westphalen: In einer Diskussion der Berliner medizinischen Gesellschaft ist die Gallenbildung auch als echter Tumor aufgefasst worden. Uebrigens rufen auch beim Menschen Parasiten proliferierende Neubildungen hervor, wie z. B. die Filaria Bankrofti.

Ucke: Die soeben entwickelte Theorie scheint am besten alle Möglichkeiten zu erklären. Sie soll nicht einseitig die parasitäre Theorie stützen. Bei Karzinomen sieht man oft abnorme Teilungen, die auf Befruchtungsvorgänge hinweisen dürften.

Direktor: W. Kernig.
Sekretär: Wold. Fick.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Professor Dr. Ernst v. Bergmann ist anlässlich seines in nächster Zeit bevorstehenden 70. Geburtstages soeben von der Berliner medizinischen Gesellschaft, deren Sitzungen er seit vier Jahren, seit dem Tode Rudolf Virchows, als erster Vorsitzender leitet, einstimmig zum Ehrenpräsidenten gewählt worden. Begründet wurde die Wahl von dem zweiten Vorsitzenden Prof. Senator mit dem Hinweise auf die «glänzende Repräsentation» der Gesellschaft durch Prof. v. Bergmann.

— Am 16. November vollendeten sich 30 Jahre seit dem in Dorpat erfolgten Tode des grossen Gelehrten und Naturforschers Karl Ernst von Baer. Aus diesem Anlass ehrte die Dorpater Naturforscher-Gesellschaft in einer an diesem Tage veranstalteten Sitzung das Andenken ihres früheren langjährigen Präses und Ehrenmitgliedes.

— Goldenes Doktorjubiläum. Am 8./21. November beging der Psychiater Professor extraord. der Universität Königsberg Dr. Franz Meschede sein 50-jähriges Doktorjubiläum. Der Jubilar welcher gegenwärtig im 75. Lebensjahre steht, ist seit 1875 noch bis jetzt an der Königsberger Universität als Lehrer tätig und leitete in früheren Jahren auch die psychiatrische Klinik und das städtische Krankenhaus. Prof. Meschede gehört zu den wenigen Psychiatern, die gleichzeitig auch auf den anderen Gebieten der Heilkunde sich immer betätigt haben, und zwar sowohl wissenschaftlich wie praktisch. Seine ungemein zahlreichen Arbeiten sind daher nicht allein psychiatrischen Inhalts, sondern auch klinischer, pathologisch-anatomischer, zum Teil chirurgischer und forensischer Art. Interessant ist der Ausspruch, den er in seiner Antwort auf die Ansprachen am Jubiläumstage tat: An Fleiss und gutem Willen habe es ihm nie gefehlt; seine Arbeitszeit könne er auf 10—11 Stunden täglich im Durchschnitt berechnen, woraus er schliessen müsse, dass auch angestrengte Arbeit der Erreichung eines hohen Alters nicht im Wege stehe.

— Der hervorragende Ophthalmologe Professor Dr. Theodor Sämisch, Direktor der Universitäts-Augenklinik in Bonn, tritt, wie verlautet, zu Ostern 1907 vom Lehramte zurück. Er hat vor kurzem sein 68. Lebensjahr vollendet.

— Zum Präses der Astrachanschen Sanitätsgesellschaft ist der Gouvernements-Medizinalinspektor Dr. Nikolai Schmidt gewählt worden.

— Am 1. November feierte in Kiew der Eisenbahnarzt Dr. Michael Borschach das 25-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Tätigkeit an der Moskau-Kiewer Eisenbahn.

— Am 7. November begingen das 25-jährige Jubiläum ihrer ärztlichen Tätigkeit die Hospitaloberärzte: Dr. Leo Finkelstein (St. Petersburg), Dr. Wladimir Jakowenko (Moskau) und Dr. Alexander Modestow (Mohilew). Alle drei haben die mediko-chirurgische Akademie absolviert.

— Zum Tuckumschen Kreisarzt (Kurland) ist der bisherige Landarzt im Talsenschen Kreise Dr. Wilhelm Bülow ernannt worden.

— Zum zweiten etatmässigen Ordinator am Krankenhause des Kollegiums der allgemeinen Fürsorge in Mitau, ist, der «Kurl. Gouv.-Ztg.» zufolge, Dr. Rudolf v. Grot ernannt worden.

— Der bekannte Psychiater Professor Dr. Paul Flechsig, Direktor der Irren- und Nervenklinik der Universität Leipzig, wurde zum Mitglied des Conseil d'administration de l'Institut général psychologique zu Paris erwählt und wird dort Vorträge halten.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 12. November hierselbst der frühere Abteilungschef der Ober-Militär-Medizinalverwaltung Dr. Philipp Nikolajew im 64. Lebensjahre. Nach Absolvierung der mediko-chirurgischen Akademie i. J. 1868 wurde er Militärarzt und begann seinen Dienst im Tobolskischen Regiment, 1871 begab er sich zur weiteren Ausbildung auf Kronskosten ins Ausland und diente nach seiner Rückkehr als Ordinator im Preobrashenskischen Regiment, bis er 1876 zum Chef der 2. Abteilung bei der Ober-Militär-Medizinalverwaltung ernannt wurde. Durch die von ihm verfasste Skizze der Militär-Sanitätseinrichtungen in den Südstaaten Europas, sowie durch seine Veröffentlichungen über die sanitären Verhältnisse in fremden Armeen hat er viel zur Verbesserung des Sanitätszustandes des russischen Heeres beigetragen. Von ihm ist auch das Voit'sche Buch: «Anforderungen der Hygiene bezüglich der Verpflegung der Truppen, Arrestanten und Kinder in den Versorgungsanstalten und Volksküchen» ins Russische übersetzt worden. 2) In Nowy Bug (Gouv. Chersson) der Landschaftsarzt Georg Gukowitsch im 42. Lebensjahre. Er leitete seit 1890 das dortige Landschaftskrankenhaus. 3) Am 13. Oktober in Myschkin (Gouv. Jaroslaw) Dr. Alexei Troizki im Alter von 50. Jahren an einem Herzleiden. Der Verstorbene war ein Schüler der Moskauer Universität, an welcher er 1882 den Kursus beendigte, um dann als Landschaftsarzt im Kreise und in den letzten Jahren in der Stadt Myschkin selbst die ärztliche Praxis auszuüben. Er erfreute sich grosser Popularität als Arzt, zu Anfang dieses Jahres berief ihn das Vertrauen seiner Mitbürger auch auf den Posten des Stadthauptes. 4) In Nishni-Nowgorod am 21. Oktober Dr. Alexei Uspenski im 55. Lebensjahre an einem organischen Herzfehler. Der Verstorbene, welcher 30. Jahre in Nishni-Nowgorod und Umgegend praktiziert hat, gehörte zu den beliebtesten und gesuchtesten Aerzten der Stadt.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Gegen den Dorpater Professor der Anatomie Dr. A. Rauber war, wie wir seinerzeit berichteten, von einzelnen Studenten zu Beginn dieses Semesters eine Agitation in Anlass seines Vortrages in deutscher Sprache eingeleitet worden. Es ist daher erfreulich, dass dem geachteten Professor am vorigen Dienstag in dieser Angelegenheit eine Genugtuung zuteil geworden ist durch eine aussergewöhnliche Ovation, die ihm von vielen Hunderten Studierender und namentlich der Medizinstudierenden bereitet wurde. Prof. Rauber wurde, wie die «Nordl. Ztg.» schreibt, mit seiner Gattin der ein Blumenstrauss überreicht wurde, in die Aula der Universität geleitet, wo ihm eine Adresse überreicht wurde, die von einem russischen Medizinstudierenden erst in deutscher, dann in russischer Sprache verlesen ward. Dem von den Studenten hochverehrten akademischen Lehrer wurde in wärmsten Ausdrücken die volle Hochachtung als Gelehrten und als akademischen Lehrer ausgesprochen und speziell auch sein Vortrag, obwohl er sich dabei der vielen Hörern nicht geläufigen deutschen Sprache bediene, rühmend hervorgehoben. Tiefbewegt sprach Prof. Rauber seinen Dank aus und knüpfte daran eine längere Betrachtung über die dem akademischen Bürger zufallenden Aufgaben. Nach dem Gesang des «Vivat academia» verliess der also Geehrte unter stürmischem Applaus der anwesenden Studentenschaft die Aula der Universität.

— Alle Gesuche von russischen Untertanen die an ausländischen Universitäten studieren, um Aufschub der Ableistung der Wehrpflicht sind bewilligt worden.

— In der Sitzung des Ministerkonseils vom 14. November sind für das nächste Jahr 7431 Rbl. zur Ausstattung eines desmurgischen Kabinetts und 455 Rbl. 55 Kop. zur Ausstattung des Kabinetts für operative Chirurgie an der Dorpater Universität bewilligt worden.

— Der Professor für innere Medizin und Mitglied der Kölner Akademie für praktische Medizin Dr. Max Matthes ist als ordentlicher Professor der medizinischen Poliklinik und der Kinderheilkunde an die Universität Erlangen an Stelle von Prof. Dr. Fritz Voit berufen worden.

— An der Universität München ist eine ausserordentliche Professur für Orthopädie errichtet und dem Privatdozenten Dr. Fritz Lange zugleich mit der Leitung der orthopädischen Klinik übertragen worden.

— Der nächste Zyklus des Berliner Dozenten-Vereins für ärztliche Ferien-Kurse beginnt am 1. März 1907 und dauert bis zum 28. März 1907. Das Lektionsverzeichniss versendet unentgeltlich und erteilt Auskunft Herr Melzer, Ziegelstrasse 10/11 (Langenbeck-Haus).

Standesangelegenheiten.

— Die Moskauer Studenten der Medizin im V. Kursus haben, wie die hiesige Zeitung «Rjetsch» meldete, dem Professor der therapeutischen Hospitalklinik Prof. Pawlinow den Boykott erklärt, weil er, wie sie sagen, sehr nachlässig seinen Verpflichtungen nachkommt, indem er selten seine Vorlesungen hält und als Direktor der Hospitalklinik auch die praktischen Beschäftigungen der Klinik vernachlässigt.

— Der Dumaarzt der Stadt Sslobodskoi-Sawod Dr. Al. Iwanowski, der der Kadettenpartei angehört, ist wegen politischer Umtriebe angewiesen worden, binnen drei Tagen das Gouvernement Wjatka zu verlassen.

— Der Stadtarzt in Segrz (Gouv. Warschau) Dr. Robert Hagen ist auf Anordnung des Gouverneurs aus dem Dienst entlassen worden.

— Der Vorsitzende des Mologaschen Landschaftsamts Dr. Demetrius Blatow, dessen Verhaftung wir vor kurzem meldeten, soll wieder freigelassen sein.

— Der frühere Lehrer Timofejew, der in Kursk eine Bombe warf, ist aus dem Kursker Gefängnishospital, in wel-

chem er interniert war, entwichen. Infolgedessen ist die ganze Hospitaladministration entlassen worden.

— Am 5. November haben sich früh morgens die Studenten der militär-medizinischen Akademie M. Prochnizki (vom II. Kursus) und P. Sujew in ihren Wohnungen erschossen. Beide haben sich lebhaft am öffentlichen Leben der Akademie beteiligt. Prochnicki war nach einem Meeting am 13. November 1904 aus der Akademie ausgeschlossen, später aber wieder in diese aufgenommen worden. Sujew war Mitglied der Kommission des Studentenspeisehauses, die nach dem Konflikt mit dem Chef der Akademie ihre Dimission eingereicht hatte. Beide gehörten der Sozialdemokratischen Partei an. Ein Bruder P. Sujews, ebenfalls Student der militär-medizinischen Akademie, ist unter der Anklage, revolutionäre Propaganda unter den Truppen betrieben zu haben, im Zellengefängnis interniert.

— Dass in Deutschland keine Anstellung ausländischer Aerzte ohne deutsche Approbation stattfinden kann, geht aus einem neulichen Erlass des preussischen Ministers für Medizinalangelegenheiten deutlich hervor. Aus Anlass eines speziellen Falles, in dem eine Gemeinde einen ausländischen, in Deutschland nicht approbierten Arzt in einer Krankenahstalt als Hülfsarzt anstellen wollte, weist nämlich der Minister die Regierungspräsidenten darauf hin, dass dieses Verfahren nach § 29 der Reichsgewerbeordnung nicht zulässig sei. — Wenn deutsche Krankenhäuser schon zu ausländischen Aerzten ihre Zuflucht nehmen, so könnte das den Anschein einer Aerztenot in Deutschland erwecken. So weit ist es aber dort zunächst noch nicht, sondern der eigentliche Grund des Mangels an Hülfsärzten für kleinere Krankenhäuser ist in deren schlechter Besoldung zu suchen. Aber dass die Ueberfüllung des Arztestandes in Deutschland ihrem Ende entgegengeht dafür giebt es doch auch schon verschiedene Anzeichen.

Verschiedene Mitteilungen.

— Der im September zu Breslau gestorbene Ophthalmologe Prof. Dr. Hermann Cohn hat der medizinischen Fakultät in Heidelberg 10,000 Mark vermacht, deren Zinsen für Bearbeitungen von Preisaufgaben auf dem Gebiete der Augenheilkunde verliehen werden sollen.

— In Frankfurt a/Main ist vor kurzem ein Institut eröffnet worden, das unter Leitung Prof. Ehrlichs der Erfindung und Erforschung neuer Heilstoffe dienen soll, die direkt auf die Ursache und den Sitz der Krankheiten wirken: Das Institut ist in dem Georg Speyer-Hause untergebracht, das von der Wittwe Speyers gestiftet wurde.

— Ein Radiumkurort in Oesterreich. Die «Münchener med. Wochenschrift bringt auf Grund einer offiziellen Kundgebung die Nachricht, dass Oesterreich einen Radiumkurort bekommen soll. Vor mehr als zwei Jahren hatte die Wiener Akademie der Wissenschaften vom Ministerium aus dem Joachimsthaler Bergbetrieb 10,000 Kilogramm Uranerz zur Untersuchung und zum Studium des Radiums erhalten. Waggonweise kam die Unmasse von Rohmaterial nach Wien und wurde hier in der Gasglühlichtgesellschaft v. Auer durch den Leiter Dr. Heitinger zur Gewinnung reinen Radiums bearbeitet. Diese Arbeiten sind jetzt dem Abschlusse so ziemlich nahe und es wurde ein reines Radium erzeugt (nach dem heutigen Marktpreis im Werte von 1 Million Kronen), welches zunächst wissenschaftlichen Instituten als Material übergeben werden soll. So will man zunächst in Wiener physikalischen Instituten die Frage über die Wärmeentwicklung des Radiums vermöge einer neuen Methode der Lösung zuführen. In Joachimsthal soll ferner ein Laboratorium zur Herstellung von Radiumsalzen errichtet werden, sodann wird der Gedanke erwogen, die Quellen in den Schächten zu Joachimstal zu Heilbädern zu verwerten, eventuell deren stark radioaktives Wasser zu Trinkkuren zu verwenden. Zu diesem Zwecke werden diese Wasser in Wien genau analysiert, um deren mineralische Bestandteile festzustellen. Sobald alle diese Untersuchungen abgeschlossen und auch die erforderlichen Arbeiten in der Grube durchgeführt sein werden, soll auch an die Errichtung einer Kuranstalt in Joachimsthal geschritten werden.

— In der Erforschung des gelben Fiebers hat die Expedition der Liverpoler Schule für tropische Medizin, die sich seit Beginn des Jahres 1905 in Brasilien mit dem Studium des gelben Fiebers beschäftigt, einen bedeutenden Schritt vorwärts gemacht. Wie von dort telegraphisch mitgeteilt wird, ist es den Aerzten der Expedition gelungen, nachzuweisen, dass die Schimpansen durch den «Stegomyia-Moskito» mit gelbem Fieber infiziert werden können. Diese Entdeckung wird als hochwichtig für die Erforschung der Krankheit angesehen. Die beiden Aerzte der Expedition haben sich in den ersten Stadien ihrer Forschungen selbst das gelbe Fieber zugezogen.

Bf.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 28. Nov. 1906.

Tagesordnung:

Rinne: Ein Fall von schwerem chronischem Enterospasmus.

Lezenius: Ueber hydrotherapeutische Behandlung der Neuritis optica und ihrer Folgezustände.

— Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 20. Nov. 1906.

Tagesordnung:

Serk: Ueber Buttermilch als Säuglingsnahrung.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 47 St. Petersburg, den 25. November (8. Dezember). 1906.

Ueber den gegenwärtigen Stand der elektrolytischen Therapie.

Von

Dr. W. v. Holst-Riga.

Zu den altbekannten elektrotherapeutischen Methoden, deren Bedeutung mit Ausnahme der Galvanokaustik sich vorwiegend auf das Gebiet der Nervenkrankheiten erstreckte sind im Verlauf der letzten Jahre einige neue hinzugekommen. Schon allein im Hinblick auf die rapide Entwickelung der Elektrotechnik würde dieser Zuwachs nicht wunderbar erscheinen, um so selbstverständlicher also wird er durch den bestimmenden Einfluss, den die physikalische Elektrizitätslehre und die Elektrochemie, die in neuster Zeit durch eine Reihe von Forschern ersten Ranges zu grossem Ansehn gebracht worden sind, auf die Auffassung mancher Tatsachen der Elektromedizin ausgeübt haben. Fast unwillkürlich vergegenwärtigt man sich bei dieser Gelegenheit die Bedeutung, zu der die Geisslerschen Röhren und das Kathodenlicht in der Medizin gelangt sind, obschon bei ihrer Entdeckung schwerlich medizinische Gesichtspunkte leitend waren. Wir werden uns daher in Zukunft unter moderner Elektrotherapie nicht blos wie bisher das Galvanisieren, Faradisieren und Franklinisieren vorzustellen haben, sondern unter diesen Begriff auch diejenigen der neueren Verfahren einreihen müssen, die soweit als möglich experimentell erprobt und auf physiologische Grundsätze gestützt sind. Wenn ich mich nun wegen der kurzen mir hier zu Gebote stehenden Zeit nur auf die Besprechung einer einzigen der neuen Methoden beschränke, so ergiebt sich daraus für Sie, m. H. der berechtigte Schluss, dass sie den anderen hinzugekommenen Elektrizitätsanwendungen in irgend einer Hinsicht überlegen sein muss.

Und in der Tat, es würde nicht nur mir, sondern auch weit erfahreneren Elektrotherapeuten zur Zeit schwer fallen nur halbwegs eindeutige oder gar unanfechtbare Daten über die physiologische Wirkung und therapeutische Bedeutung der vielgenannten und noch wenig erkannten Tesla-d'Arsonval-Ströme hoher Frequenz und Spannung anzuführen und dasselbe gilt von den meisten neueren Verfahren. Dagegen glaube ich, bevor wir zur Besprechung der Elektrolyse kommen, zwei gesicherte Bereicherungen der Elektromedizin nicht unerwähnt lassen zu dürfen.

Durch die Ausarbeitung der Kondensationsmethode ist es auf einfache Weise geglückt die Schwierigkeit einer wirklich genauen quantitativen Erregbarkeitsbestimmung, die bei der Verwendung des galvanischen und faradischen Stromes trotz aller technischen Vervollkommnungen nicht gelingen wollte, erfolgreich zu überwinden. Der Kondensator, der je nach seiner Konstruktion nur eine ganz bestimmte Elektrizitätsmenge in sich aufnehmen kann, verursacht einen kurzen, beliebig häufig wiederholbaren Reiz, der in Volt, d. h. in absoluten Werten messbar ist. Dieser kurzdauernde Reiz bei der Entladung des Kondensators verändert ausserdem die Erregbarkeit von Muskeln und Nerven so gut wie garnicht, so dass bei wiederholter Untersuchung dieselbe Kondensatorentladung stets eine Zuckung gleicher Grösse hervorruft. Man steigt mit der Grösse der Entladung bis zum Eintritt einer Minimalzuckung, die z. B. am Medianus durchschnittlich bei 16 Volt aufzutreten pflegt. Die Exaktheit des geschilderten Verfahrens wird jedem,

der elektro-diagnostische Untersuchungen gemacht hat einleuchten. Ferner verdient in therapeutischer Hinsicht der sog. Sinusoidal-Strom berücksichtigt zu werden. Dem faradischen Strom ähnelt er, weil auch er aus kurz auf einander folgenden Stromphasen besteht, die aber nicht wie bei den völligen Unterbrechungen des faradischen plötzlich steil abfallen, sondern in sanft abgerundeten Wellen von einander entgegengesetzter Stromrichtung verlaufen, die ihn von vornherein zur allgemeinen und lokalen Erregbarkeitsherabsetzung sehr geeignet erscheinen lassen, eine Voraussetzung die von der bisherigen Erfahrung bestätigt worden ist. Diese Anwendungsweisen der Elektrizität haben mit der Elektrolyse noch nichts zu schaffen. Als eine Art Vorstadium der modernen elektrolytischen Therapie könnte dagegen die sog. Kataphorese gelten, die durch einfaches Strömen die unzerlegten Moleküle von der Anode zur Kathode befördern sollte. Alle therapeutischen Hoffnungen, die zu verschiedenen Zeiten auf die kataphoretische Methode gesetzt worden sind, müssen aber einstweilen als gescheitert betrachtet werden, da die massgebendsten deutschen Forscher das Zustandekommen einer kataphoretischen Einführung medikamentöser Substanzen neuerdings rundweg in Abrede stellen.

Wenn wir uns jetzt der elektrolytischen Therapie zuwenden, so wird Ihnen, wie ich hoffe, auffallen, dass die Frage, über die man sich bei den alten elektrotherapeutischen Methoden bis heute noch nicht geeinigt hat, in wieweit sie auf suggestivem Wege wirken oder eine materielle Einwirkung ausüben, infolge der ungleich exakteren physikalisch-chemischen und physiologischen Versuchsbedingungen des elektrolytischen Verfahrens erheblich an Bedeutung verliert. Wer sich erst einmal vom Vorhandensein gewisser elektrolytisch einverleibter Medikamente im Urin vermittels einer chemischen Analyse überzeugt hat, braucht nicht ängstlich vor Selbsttäuschung durch Suggestivwirkung auf der Hut zu sein. Und wenn sich auf dieselbe Einführungsweise bei gesunden Versuchstieren durch Strychnin Konvulsionen, durch Atropin Pupillenerweiterung, durch Pilokarpin Schweissausbruch von beliebiger Stärke und Dauer herbeiführen lassen, so kann gleichfalls von suggestiver Wirkung schwerlich mehr die Rede sein. Mit den obengenannten Beispielen habe ich eine der Aufgaben, die sich die medizinische Elektrolyse gestellt hat bereits gestreift. Immer von neuem und nicht ohne Bedauern wird das geringe Aufnahmevermögen der normalen und unverletzten menschlichen Haut für die meisten flüssigen und festen Substanzen nachgewiesen. Durch diese Eigentümlichkeit unserer Haut ist der von aussen einsetzenden Einverleibung medikamentöser Salben, Bäder und Umschläge eine gar zu enge Grenze gesetzt.

„Nur eine Möglichkeit ist bisher entdeckt um den Hautwiderstand gegen die Einführung aller nur denkbaren Arzneimittel auf sichere und gesetzmässige Art zu überwinden und zwar indem wir den konstanten Strom mit Hülfe von Elektroden, die mit Lösungen von Arzneimitteln getränkt sind, durch die unversehrte Epidermis schicken". Aber vielleicht noch bedeutungsvoller als die Einführung von Medikamenten ist der Umstand, dass unter zweckentsprechender Anwendungsweise des konstanten Stromes bei krankhaften Prozessen eine elektrolytische Spaltung der in Lösung befindlichen Ablagerungen vor sich zu gehen scheint, deren Ausscheidung dadurch ermöglicht oder beschleunigt werden könnte. Zum besseren Verständnis der medizinisch angewandten Elektrolyse bedarf es aber zuvor einer kurzen Auseinandersetzung über ihre theoretische Grundlage. Die Physik operiert schon seit mehr als hundert Jahren mit diesem Begriff und eine klassische Erklärung der elektrolytischen Vorgänge stammt aus dem Jahre 1805 von unserem damals als Physiker bekannten Landsmann Baron Grotthuss. (Mémoire sur la décomposition de l'eau et des corps quelle tient en dissolution à l'aide de l'électricité galvanique, Rom, 1805). Wenn wir vom bekanntesten elektrolytischen Vorgange, der Spaltung des schwachsalzigen oder leicht angesäuerten Wassers in Sauerstoff und Wasserstoff ausgehend, statt dieses Wassers eine Salzlösung verwenden, so spaltet der elektrische Strom die gelösten Substanzen gleichfalls in zwei Komponenten, die sognannten Jonen, die entgegengesetzte elektrische Ladung in sich beherbergen und aneinander vorbei nach beiden Polen wandern. Wir können hier getrost davon absehn, dass nach der neusten Auffassung die Jonen nicht beim Hindurchschicken des Stromes, sondern schon während der Auflösung des in Frage kommenden Stoffes im Lösungsmittel entstehen und dass daher nach dieser Anschauung dem elektrischen Strom keine andere Arbeit zugemutet wird, als die der sog. elektrostatischen Anziehung, beziehungsweise Abstossung der schon geladenen Jonen. Das der Elektrolyse unterworfene Gesammtobjekt, in unserm Fall die Salzlösung, wird Elektrolyt genannt, die Jonen, die nach Art des Wasserstoffs zum negativen Pol hinstreben und dort zur Ausscheidung gelangen heissen Kationen, die nach dem Pluspol ziehenden Anionen. Zu der Gruppe der Kationen gehören ausser dem Wasserstoff blos die Metalle, zur Anionengruppe die Säureradikale einschliesslich der Halogene und Hydroxyle.

Senden wir z. B. einen konstanten Strom durch eine Jodkaliumlösung, so wandert das metallische Kation Kali nach der Kathode und das halogene Anion Jod der Anode zu. An letzterer kann man daher bei Stärkezusatz Blaufärbung beobachten. Diese Wirkungsweise der Elektroden auf die Jonen der elektrolytischen Flüssigkeit lässt sich am besten der eines Magneten auf Eisenfeile vergleichen, die positiv geladene Anode zieht die negativ geladenen Anionen zu sich heran und umgekehrt die negativ geladene Kathode, die positiv geladenen Kationen und wäre ihre Beweglichkeit nicht durch verschiedene Widerstände gehemmt, so würden in grösster Hast alle Jonen zu den betreffenden Polen fliegen um dort ihre Ladung zu deponieren. Da aber vor allem das Lösungsmittel sich diesem verkürzten Prozess widersetzt, so beginnt eine stetige Bewegung, deren Intensitätsgrad einerseits von der elektromotorischen Kraft des passierenden Stromes, aber ebenfalls von dem Widerstande des Leiters abhängig ist. Nur unter den hier angeführten elektrolytischen Vorgängen kommt nach heutiger Auffassung der konstante Strom überhaupt zu Stande und unter diesem Gesichtspunkt, den Faraday schon im Jahre 1834 in die Worte fasste: „Ein Elektrolyt ist immer ein zusammengesetzter Körper, er ist leitend, aber nur während er zersetzt wird", verliert wie mir scheint, das Wesen des elektrischen Stromes nicht wenig von seinem bisherigen abstrakten Nimbus. Entsprechend der alten faradayschen Formel und ihrer neuzeitlichen Bestätigung stellt auch das mit Blutsalzlösung imprägnierte lebende Gewebe in seinem Verhältnis zum passierenden elektrischen Strom nichts anders als einen Elektrolyten dar, der blos wegen des grossen Widerstandes der tierischen und speziell der menschlichen Haut anderer Versuchsbedingungen benötigt.

Der Umstand aber, dass die menschliche Haut sich überhaupt von galvanischen Strömen durchdringen lässt, ist gleich bedeutend mit der für uns wichtigsten Tatsache, dass sie Jonen Einlass und Ausgang gewährt. Um das zuletzt Gesagte sofort in Praxis umzusetzen, würde ich zwei Elektroden reichlich mit Kaliumhypermanganicumlösung befeuchtet, einander gegenüber auf eine beliebige menschliche Extremität setzen und darauf den elektrischen Strom passieren lassen. Schalte ich ihn dann

nach einiger Zeit, sagen wir nach einer Viertelstunde, wiederum aus, so würde an der Stelle, wo sich die Kathode befand eine schwärzliche Färbung bemerkbar sein, da das manganhaltige Jon zwar zur Anode strebt aber infolge dessen unter der Kathode eindringt, während das farblose metallische Kalium nach Art des Wasserstoffs zur Kathode strebt und unter der Anode ohne farbige Spuren zu hinterlassen in die Haut eindrang. Bei den Stoffen der organischen Chemie lässt sich die Art ihrer Zerlegung durch den elektrischen Strom nicht einheitlich im Voraus bestimmen und wenn auch bei den organischen Säuren, wie z. Bsp. der Essigsäure eine Spaltung der Formel CH_3COOH in das Kation H und den Säurerest CH_3COO stattfindet, oder bei den Salzen der basischen Alkaloide mit den anorganischen Säuren, wie das Chinin. sulfuric. oder das Morphium muriat. die Zerlegung der bei den organischen Salzen ähneln mag, so muss doch schon aus Gründen der Vorsicht für jedes einzelne Mittel experimentell festgestellt werden, von welcher Elektrode aus resp. nach welcher Elektrode hin die wirksame Substanz sich entfaltet. So wird, um das Angeführte zu erläutern, ein beliebiges Versuchstier durch Strychnin. sulfur. nur dann getötet, falls die Anode damit getränkt wird, während eine ebenso reichlich damit befeuchtete Kathode völlig wirkungslos bleibt. Dagegen wirkt Cyankali nur bei der entgegesetzten Anordnung tötlich auf das Versuchstier nämlich durch eine Cyankalikathode. Es sei daher noch einmal betont, dass von jedem pharmakologisch wirksamen Bestandteil unsrer Arzneistoffe ermittelt werden muss, ob er zu den Anionen oder zu den Kationen gehört, da nur unter Voraussetzung dieser Kenntnis eine zweckentsprechende Anwendung denkbar ist. Die Schilderung weiterer Experimente muss ich mir hier leider versagen um noch mit einigen Worten auf die therapeutische Bedeutung der Elektrolyse eingehen zu können.

An erster Stelle muss da betont werden, dass die elektrolytische Einführung beliebiger Jonen ungefähr ebenso umständliche und sorgfältige Vorbereitungen erfordert, wie die Handhabung der Asepsis in der Chirurgie. Bei unachtsamer Herstellung der sogenannten „aktiven Lösung" aus verunreinigtem Wasser und Arzeneistoff, mit ungenügend sterilisierter Gaze über den Elektroden kann man es erleben, dass nicht nur die erstrebte Wirkung ausbleibt, sondern auch irgend eine andersartige unerwartete eintritt. Die „aktiven Lösungen" müssen daher mit möglichst reinem und vor Luftzutritt geschütztem destilliertem Wasser hergestellt werden. Der althergebrachte Lederüberzug der Elektroden muss beseitigt werden und die hydrophilen Baumwollgewebe, die stattdessen als Ueberzug zur Verwendung gelangen, dürfen keine Spur einer elektrolytisch wirksamen Substanz in sich bergen. Wenn möglich, so sollte die Anode aus demselben Metall bestehn, das gelöst zur Verwendung kommt. Lässt sich das nicht einrichten, so muss wenigstens das die aktive Lösung enthaltende Elektrodenkissen so dick sein, dass die an seiner Berührungsfläche mit den Elektrodenplatten entstehenden Jonen nicht, oder so wenig als möglich in die Haut eindringen.

Um einen Krankheitsprozess in der Haut elektrolytisch zu beeinflussen, benutzt man eine Zinkanode, deren zwanzigschichtiger Gazeüberzug reichlich mit Chlorzinklösung von einprozentiger Stärke getränkt ist und erzielt auf die Weise nach wenigen Sitzungen von je viertelstündiger Dauer bei einer Stromstärke von etwa 2 M. A. pro Qcm. eine überraschend schnelle Heilwirkung. Zur Erzielung einer gleichmässigen Einwirkung auf die gesammte zu behandelnde Fläche ist ein leichtes Andrücken der aktiven Elektrode vermittelst einer elastischen Binde notwendig. Aus der Tatsache, dass gerade das Zinkanion sich als besonders antiseptisch erwiesen hat werden voraussichtlich die Dermatologen, zuerst den grössten Nutzen ziehen können.

Von Professor Leduc in Nancy, dem energischsten Vorkämpfer des hier geschilderten Verfahren sind nicht nur Salicyl- und Chininionen mit grösstem Erfolge gegen rheumatische und neuralgische Erkrankungen angewandt worden, sondern er hat seine Aufmerksamkeit auch der elektrischen Sklerolyse zugewandt. Er versteht darunter den resolvierenden Einfluss des galvanischen Stroms auf beliebige arthritische oder narbige Ankylosen. Von einer Kathode aus, die mit einprozentiger Kochsalzlösung getränkt entfaltet der Strom seine sklerolytische Wirkung und Ankylosen, bei denen die ursprüngliche Krankheitsursache nicht mehr weiter wirksam ist gelangen nach wenigen derartigen Sitzungen soweit zur Heilung, dass die Gelenke biegsam und beweglich werden. Es sei mir gestattet einen Passus von Leduc wörtlich zu zitieren: „Wir haben eine Ankylose sämmtlicher Finger und des Handgelenks gesehn, die sich an eine Phlegmone der Hand angeschlossen, sechs Monate bestanden und zahlreichen Behandlungsmethoden getrotzt hatte, worunter die gewaltsame Streckung in der Narkose, und welche nach zwei galvanischen Sitzungen vollständig schwand. Wir haben eine grosse Zahl vollständiger Knieankylosen dem elektrischen Strom völlig weichen sehen. Dieser ist um so wirkungsvoller, je besser ihm die kranken Teile zugänglich sind, deshalb erhält man die besten und schnellsten Ergebnisse an den Gelenken, die nicht mit Weichteilen umgeben sind und deshalb sind auch die Hüft- und Schultergelenkaffektionen für diese Behandlungsart so refraktär". Man braucht beiläufig bemerkt zur Erzielung von Tiefeneffekten so starke Ströme als subjektiv irgend ertragen werden können, ohne dass bisher irgend eine schädliche Nachwirkung zu beobachten gewesen wäre.

Wenn ich zum Schluss mein Urteil über die therapeutische Verwertbarkeit der Elektrolyse kurz und bündig formulieren sollte, so würde mir das schon aus Mangel an ausreichender eigener Erfahrung schwerfallen und zwar um so mehr als diese neueste Art der Elektrotherapie beanspruchen kann weit über die engen Grenzen meines neurologischen Spezialgebiets hinaus verwandt zu werden. Professor Leduc vertritt schon jetzt die Ansicht, dass eine Anzahl chirurgischer, gynäkologischer und laryngologischer Operationen in infiziertem Gebiet wegen der Gefässeröffnungs- und Metastasegefahr aufgegeben und durch geeignete elektrolytische Jonenbehandlungen ersetzt werden müsse. So erklärt er, um nur ein Beispiel anzuführen das Curettement des Uterus für unstatthaft seitdem es „bei Anwendung einer aktiven Zinkanode nach ein bis höchstens vier Sitzungen keine ungeheilte Endometritis mehr giebt". Angesichts dieser etwas rigorosen Fassung und Leducs optimistischer Erwartungen scheint mir eine gewisse Skepsis zwar berechtigt, doch soll sie weiterem Fortschritt auf diesem interessanten Gebiet nicht hindernd im Wege stehn. Dem sanguinischen französischen Urteil möchte ich ein ruhigeres deutsches entgegenstellen. Dr. F. Frankenhäuser, der an der Berliner Universität das Fach der modernen Elektromedizin vertritt beginnt eine seiner Arbeiten mit den Worten „Seit die Anschauungen der Elektrochemie festen Fuss in der Elektrotherapie gefasst haben, hat man sich langsam daran gewöhnt die Verwendung des elektrischen Stromes in der Heilkunde von neuen Gesichtspunkten aus zu betrachten, die ein anderes, gewissermassen realistischeres Bild geben. Und diese Auffassung hat zu Methoden geführt, welche der Elektrotherapie neue Wirkungskreise auf sicherer wissenschaftlicher Grundlage erschliessen und für die Zu-

kunft noch eine weitere Entwicklung verheissen». Dieser massvollen Auffassung meines ehemaligen Lehrers habe ich nichts hinzuzufügen als den Wunsch, dass auch Sie m. H. fortab der neuen Methode Ihr Interesse nicht vorenthalten mögen!

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 25. April 1906.

Vorsitzender Blessig. Stellvertr. Sekretär Fuhrmann.

Schiele hält seinen angekündigten Vortrag über die Bedeutung des Zystoskops bei Nierenkrankheiten. (Erscheint im Druck).

Wichert hält das Segregationsverfahren für unbequemer und weniger leistungsfähig als die Katheterisation. In der Praxis ist es nicht durchaus notwendig beide Ureteren gleichzeitig zu katheterisieren, es genügt die Katheterisierung des einen Ureters. Es ging z. B. in einem seiner Fälle keine Spur von Zucker an dem eingeführten Katheter vorbei. Das Verfahren der Chromozystoskopie mit Indigokarmin ist nicht ganz zuverlässig, indem es oft erst nach langer Zeit zu der erwünschten Reaktion kommt.

Masing hat erst kürzlich den grossen Vorzug des Zystoskops erfahren, indem es mit dessen Hilfe gelang in einem Falle wo Nierenkrebs angenommen war, die richtige Diagnose eines gutartigen Tumors zu stellen, — es handelt sich um ein Papillom. — Ist es wirklich häufig geschehen, dass zur Nierenexstirpation geschritten wurde, wo die eine Niere als tuberkulös erkrankt befunden wurde, wo ja doch die Entstehungsweise der Tuberkulose durch das Blut vermittelt wurde und der Herd in der Niere somit nicht als isoliert gedacht werden kann?

Wichert hat mit Fick einen Fall beobachtet, wo bei schwerer Erkrankung sich ein tuberkulöser Herd in der einen Niere vorfand, nach ausgeführter Exstirpation ist Pat. seit $1^1/_2$ Jahren gesund.

Wanach stellt an Schiele dieselbe Frage die er gelegentlich eines Vortrages über ein ähnliches Thema vor Jahren bereits an Kreps gestellt, ob nämlich bei der Ureterenkatheterisation nicht eine Infektion des bis dahin gesunden Nierenbeckens vorkomme, eine Gefahr, die theoretisch nahe liegt. Führt nicht Albarran auch Spülungen des Nierenbeckens bei Pyelitis mit Höllensteinlösung zu therapeutischen Zwecken aus? Israel und König haben häufig gerade in einer Niere primäre Tuberkulose gefunden. Wanach selbst hat auch einige tuberkulöse Nieren exstirpiert, worauf ausgezeichnete Erholung der Pat. eintrat. Es handelt sich hier um Formen der Tuberkulose, die dem Chirurgen ein dankbares Feld geben.

Henking. Man geht entschieden zu weit, wenn man die tuberkulöse Erkankung an einzelnen Organen nicht für eine Indikation zur Operation ansieht. Primäre Tuberkulose an den Geschlechts- und Harnorganen ist für die lokale operative Behandlung besonders günstig. Die Tuberkulose ist überhaupt in ihren Formen und im Verlauf sehr kapriziös, so z. B. die Sehnenscheidentuberkulose. Wieweit gelingt es an Kindern zu Katheterisieren? In einem Falle wo ein 6-jähriger Junge, der wegen eines Harnblasenleidens operiert werden sollte, vor der Operation jedoch an Masern einging, fand sich ausser einem Blasenstein noch eine Erkrankung des Nierenbeckens. Es wäre wünschenswert solche Fälle mit Hilfe des Zystoskops zu untersuchen.

Kallmeyer. Auch kleine tuberkulöse Herde in der Niere geben häufig Anlass zu schweren Symptomen. In einem Falle schwerer Erkrankung ohne bestimmte Diagnose, wurden bei der Sektion unerwarteter Weise je ein kleines tuberkulöses Geschwür in der Blase und im Ureter gefunden. In einem anderen Falle wurde bei einem 18-jährigen Mädchen durch das Zystoskop die Erkrankung einer Niere festgestellt, diese tuberkulöse Niere wurde entfernt, Pat. hat seitdem geheiratet, hat geboren und ist überhaupt seit 4 Jahren gesund.

Masing hat nie bezweifelt, dass die Tuberkulose sich gut behandeln lasse, erlangen doch im Sanatorium 75 pCt. der Kranken ihre Arbeitsfähigkeit wieder. Er fragt nur, ob ein so schwerer Eingriff wie eine Nierenexstirpation berechtigt ist.

Fick erkennt die hohe Bedeutung der vervollkommneten diagnostischen Vorgehen an, und betont die grossen Vorteile die sie der Chirurgie gewähren, doch liegt die Gefahr nahe, dass dabei die klinische Beobachtung, die ja früher auch zu richtigen Diagnosen führte vernachlässigt werde; dieses ist aber überall da nachteilig, wo die komplizierten neuen Verfahren nicht anzuwenden sind oder bei ihrer Anwendung im Stiche lassen.

Dobbert schliesst sich Fick's Ausführungen an und rät dringend auch fernerhin die alten klinischen Methoden zu üben. Er führt einen Fall an wo eine Ureterenfistel bei einer Frau vermutet wurde, das Zystoskop von geübter Hand gab keine Aufklärung um welchen Harnleiter es sich handle, durch Abklemmen wurde erst die Diagnose einer rechtsseitigen Ureterenfistel ermöglicht, worauf dann die Implantation des Ureters ausgeführt wurde.

Wanach schliesst sich auch Fick an. Er hat gesehen, dass jüngere Kollegen, durch die Röntgenuntersuchungen verwöhnt, die Art eines Knochenbruches, seine Richtung, die Stellung der Knochenenden u. s. w. nicht ohne Durchleuchtung diagnostizieren konnten.

Schiele betont, dass die neueren Methoden die älteren ergänzen sollen, wo letztere versagen. Auch Israel z. B. hält daran fest, der 70 Nierenexstirpationen vorgenommen hat ohne vorherige zystoskopische Untersuchung. Tuberkulöse Nieren sind häufig mit dauernder Heilung der Pat. exstirpiert worden, wobei gerade die Tuberkulose der Nieren eine besonders schwere Form darstelle. Die Möglichkeit schädlicher Folgen der Katheterisation liegt theoretisch nahe, de facto sind sie aber nicht beobachtet worden, es werden ja aber auch umfassende Vorsichtsmassregeln ergriffen. Spülungen des Nierenbeckens zu therapeutischen Zwecken sind mit gutem Erfolg von Kasper, Albarran u. a. angewandt worden. Bei Kindern dürfte das Zystoskop nur beschränkte Anwendung finden, namentlich bei Knaben und jedenfalls nicht vor dem vollendeten 7. Lebensjahr; bei Mädchen sind solche Untersuchungen unter Lokalanaesthesie ausgeführt worden. Es ist sicherer zu diagnostischen Zwecken beide Ureteren zu katheterisieren. Die Segregation ergiebt bei gesunder Blase gute Resultate.

Es folgt die Demonstration eines Präparates von Küttner.

Die Komplikation der Schwangerschaft mit Fibromyom des Uterus, wo ein operativer Eingriff erforderlich ist, ist selten und 2. gehört diese Komplikation zu denjenigen Fragen wo noch strittige Punkte bemerkbar. Deswegen halte ich es für angebracht, Sie meine Herren, mit der Krankengeschichte eines derartigen Falles bekannt zu machen und das zugehörige Präparat, welches ich vor 20 Tagen gewonnen, zu demonstrieren.

Anamnese: Frau W. 38 J. a. hat keine schweren Krankheiten durchgemacht, normal menstruiert, zum 1. Mal mit 14 Jahren, 1 Mal abortiert vor 12 J. Letzte regelmässige Menses 19. Nov. 1905. Vor 2 Jahren soll von Seiten eines Arztes ein Tumor im Leibe bemerkt worden sein. Pat. schrieb diesem Umstande keine grosse Bedeutung zu, da keine wesentlichen Beschwerden bestanden. Seit 2 Mon. bemerkte Pat. ein schnelleres Wachstum des Leibes, zugleich aber trat ein starker Schmerz, besonders rechts im Unterleibe auf, weshalb auf Anraten eines Arztes zu narkotischen Mitteln gegriffen wurde. Dessen ungeachtet nahm der Leib zu und die Schmerzen steigerten sich immer mehr, so dass in den letzten Tagen, (d. h. vor 3 Wochen) Pat. sich vor Schmerz wandte. Schlaf fehlte vollständig, die Funktionen von Seiten des Darms und besonders der Blase waren stark beeinträchtigt. Irgend welche verdächtige Bewegungen im Leibe hat Pat. nicht bemerkt. Am 4. April sah ich Pat. zum 1. Mal. In Anbetracht der bedrohlichen Erscheinungen und des Verdachtes auf Schwangerschaft, kompliziert mit einem Tumor des Abdomens, wurde Pat. ins Alex. St. aufgenommen.

Status: Pat. von kräftigem Körperbau und recht guter Ernährung. Lunge, Herz und parenchymatöse Organe in Ordnung. Die ganze Bauchhöhle ist fast bis zum Rippenbogen hinauf mit teilweise beweglichen, höckerigen und derben Tumoren ausgefüllt. Die Hauptmasse des Tumors, die links gelagert und 3 Querfinger über dem Nabel steht, hat teigige Konsistenz, rechts dagegen im Hypogastrium ist der Tumor derb, kommt aus dem kl. Becken hervor und erreicht die Spina anterior. sup. In den abhängenden Partien der Bauchhöhle deutlich gedämpfter Perkussionsschall, (freier Ascites) Brustwarzen pigmentiert, auf Druck lässt sich Kolostrum ausdrücken. Scheideneingang livide verfärbt, Scheide aufgelockert. Die weiche portio vollständig nach links und vorne verdrängt und steht unmittelbar hinter dem os. pub. sin. Bedingt ist diese Verlagerung der port. durch einen harten, absolut unbeweglichen, das ganze, kl. Becken ausfüllenden Tumor von gut Kindskopfgrösse, dessen obere Grenzen wie vorhin erwähnt in der Höhe d. sp. ant. sup. zu tasten sind. Auskultation des Leibes ergiebt negatives Resultat. Auf Grund der Anamnese und des geschilderten objektiven Befundes diagnostizierten wir Tumor malignus, abdom. et gravid. Der Frau zu

helfen erscheint hier nur die Laparotomie und vielleicht eine Probe-Laparotomie das einzig Mögliche.

Operation am 6. April. Eröffnen der Bauchhöhle, in Becken-Hochlage der Linea alba entsprechend. Dabei entleert sich eine geringe Menge seröser, leicht blutig tingierter Flüssigkeit. Der Schnitt erweist sich zu klein um den Tumor vor die Bauchwunde zu bringen, deswegen Verlängerung des Schnitts bis 3 Querfinger über den Nabel. Hervorwälzen eines kurzgestielten, dem Haupt-Tumor rechts oben aufsitzenden Tumor von Kleinkindskopfgrösse. Dabei reisst der Stiel ab, Blutung-Ligaturen. Der Uterus ist im 5. M. gravid. Auf seiner vorderen Wand näher zum kl. Becken hin sitzt noch ein gestielter, harter Tumor auf, der mit dem Peritoneum derbe Verwachsungen eingegangen. Diese Verwachsungen bedecken teilweise in Form eines Daches die Excavatio vesico-uterina. Teils stumpf, teils mittels Paquelin werden die Adhäsionen getrennt, jedoch gelingt es auch jetzt nicht den Uterus vorzuwälzen. Er wird durch den, im kl. Becken eingekeilten Tumor zurückgehalten, welcher anscheinend intraligamentär entwickelt ist. Um grösseren Zugang zu erlangen — Kaiserschnitt. Der Schnitt streift die Plazenta. Blutung beträchtlich. Entwicklung des 5 m. männlichen Foetus und der Plazenta. Der Foetus lebte noch 1 Stunde nach der Geburt. Die Kaiserschnittwunde mit Seide vernäht und dadurch die Blutung gestillt. Unterbindung und Durchtrennung des linken lig. lat. vom lig. infundibulo pelvicum beginnend. Die Beweglichkeit des Tumor ist auch damit noch nicht erreicht. Endlich gelingt es mit dem Doyen'schen Korkzieher mit einiger Gewalt den eingekeilten Tumor aus dem kl. Becken herauszubefördern. Es erweist sich jetzt dass der Tumor aus der hinteren Wand des Uterus hervorgegangen, und nicht, wie zu Anfang der Operation angenommen, intraligamentär entwickelt war. Der weitere Gang der Operation war jetzt leicht. Schnell wurde der Uterus supravaginal abgesetzt und die zurückgebliebene portio nachträglich exstirpiert. Dieses Verfahren, d. h. erst Amputation, dann Exstirpation, erschien in diesem Fall als technisch leichter. Ein Teil des rechten Ovariums, welches übrigens auch in Adhäsionen eingehüllt, wurde belassen. Der Blutverlust war im Ganzen beträchtlich. Nachdem die Blutung überall gestillt, Drainage der Wundflächen nach der Scheide mit Marly. Darauf Vernähung des Peritoneum über dem Tampon d. h. extraperitoneale Lagerung der Wundfläche. Etagennaht der Bauchdecken.

Nahtmaterial — Cumolcatgut. Krönig. Nur die Fascia und Bauchdecken mit Seide versorgt. Operationsdauer 1 St. 25. Min. Heftpflasterverband. Tamponade der Scheide mit Jodoformgaze.

Der postoperative Verlauf war, wie aus dieser Kurve ersichtlich glatt. Höchste Temperatur am 2. Tage 37,7. Sutur entfernt am 9. Tage p. o. Heute am 20. Tage wurde Pat. beschwerdefrei entlassen. Befund bei der Entlassung lässt nichts zu wünschen übrig.

Das zugehörige Präparat welches durch die Konservierungsflüssigkeit stark geschrumpft ist wird demonstriert. An verschiedenen Stellen in den Tumoren sind Erweichungsherde bemerkbar. Die mikroskopischen Präparate aus den verschiedenen Partien zeigen das Bild des Myoms, Fibromyoms und Fibroms und Uebergangsformen dieser Tumoren. Maligne Partien konnten nicht nachgewiesen werden.

(Autoreferat).

Zum Schluss berichtet Albanus über den Krankheitsverlauf des kürzlich verstorbenen Dr. Zöpfel. Zöpfel hatte sich durch einen Fall im Zimmer einen Bruch des rechten Schambeines zugezogen, der zunächst fälschlich als Blasenruptur angesprochen wurde. Dazu gesellte sich Pneumonie, und es bildete sich ein grosses Haematom in der rechten Inguinalgegend, dieses liess noch 3 Tage vor dem Tode eine Fraktur vermuten, die denn auch bei der Sektion nachgewiesen wurde.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Wissenschaftliche Auszeichnung. Wie die «Nordliv. Ztg.» erfährt, ist auf der Konseilsitzung der Dorpater Universität am 17. November die alljährlich für hervorragende wissenschaftliche Werke zur Verteilung gelangende Robert Heimbürger-Prämie diesmal dem Dorpater Arzte Dr. Hermann Truhart für sein Werk über das Pankreas zuerkannt worden. Bekanntlich erschien der erste Teil dieses Aufsehen erregenden wissenschaftlichen Werkes über das noch wenig durchforschte Gebiet der Pankreaserkrankungen im Jahre 1902 als Festgabe zu dem 100-jährigen Jubiläum der Dorpater Universität.

Unsererseits beglückwünschen wir den verehrten Verfasser, dem auch unsere medizinische Wochenschrift eine Reihe von wertvollen Beiträgen verdankt, zu dieser durch langjährige unermüdliche wissenschaftliche Arbeit verdienten Auszeichnung.

— Am 1. Dezember n. St. begingen die ausserordentlichen Professoren der Königsberger Universität Dr. Emil Berthold und Dr. Julius Caspary ihren 70. Geburtstag. Das Lehrfach des ersteren ist die Oto-, Laryngo- und Rhinologie, das des letzteren die Dermato- und Syphilidologie.

— «Svenska Tagbl.» meldet aus Paris, dass der Nobelpreis für Chemie dem Pariser Professor Henri Moisson und der Nobelpreis für Physik dem Professor Thomson in Cambridge zuerteilt werden wird. Das Blatt bestätigt auch das Gerücht, dass der Nobelpreis für Medizin an die Professoren Golgi in Pavia und Ramon y Cajal in Madrid verliehen werden soll.

— Ueber Professor Robert Koch, der bekanntlich zur Beobachtung der Schlafkrankheit in Ostafrika weilt, wird dem «Lokalanz.» mitgeteilt, dass er seit zwei Monaten mit den ihn begleitenden Aerzten auf den Sesse-Inseln, dem eigentlichen Mittelpunkte der Schlafkrankheit in British-Ostafrika, sich befindet. Die Resultate, welche die Herren bis jetzt erzielt haben, sollen ganz ausgezeichnete sein, denn es sind Fälle vorgekommen, dass derartige Kranke, die nicht imstande waren, sich aufzurichten, viel weniger noch zu gehen, in wenigen Wochen anscheinend ganz gesund waren. Natürlich lassen sich daraus noch keine sicheren Schlüsse ziehen, wie überhaupt die Art der Behandlung etc. vorläufig noch geheim gehalten wird, bis die Aerzte erst ihres Erfolges ganz sicher sind.

— Der bekannte Kliniker Prof. Dr. August Krehl in Strassburg, der jetzt als Nachfolger von Prof. Erb zum Direktor der medizinischen Klinik nach Heidelberg berufen worden ist, hat im Laufe weniger Jahre an sechs deutschen Universitäten gelehrt. Er ist erst 45 Jahre alt und habilitierte sich 1888 als Privatdozent in seiner Vaterstadt Leipzig. Von dort wurde er als Leiter der inneren Poliklinik nach Jena berufen und von hier nach Marburg. Dann kam er als Nachfolger Moslers als Ordinarius nach Greifswald, von hier als Nachfolger Liebermeisters nach Tübingen, von wo aus er erst im vorigen Jahre an Stelle von Naunyn, der sich zur Ruhe setzte, nach Strassburg berufen worden war. Prof. Krehl hat bekanntlich eine grosse Zahl selbständiger Arbeiten auf den Gebieten des Stoffwechsels, sowie der Physiologie und Pathologie des Herzens geliefert.

— Zur Untersuchung reichsdeutscher Militärpflichtiger auf ihre Tauglichkeit zum Militärdienst ist durch den deutschen Reichskanzler für Livland an Stelle des Dr. Pilzer, der Riga verlassen hat, der deutsche Reichsangehörige Dr. Ernst Etzold in Hallist (Livland) ermächtigt worden.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) In Odessa der Ordinator an der Irrenabteilung des Stadthospitals Dr. Michael Ssimonowitsch am Herzschlage im Alter von 58 Jahren. In Odessa geboren und erzogen, absolvierte er die naturwissenschaftliche Fakultät der Neurussischen Universität und studierte darauf Medizin an der mediko-chirurgischen Akademie in Petersburg und an der Universität in Kiew, wo er 1874 den Arztgrad erlangte. Nach Odessa zurückgekehrt, liess er sich dort als Arzt nieder und erwarb sich als Spezialist für Nervenkrankheiten und Psychiatrie grosse Popularität. Wie die «Odess. Ztg.» berichtet, hinterliess der Verstorbene seiner Familie ein bedeutendes Vermögen. 2) In Ufa am 2. November der frühere Gebietsarzt von Semipalatinsk Dr. Nikander Naryschkin im 61. Lebensjahre an Gehirnerweichung nach mehr als 30-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 3) Am 21. November in St. Petersburg nach langer Krankheit der frühere jüngere Arzt am Militärlazarett in Baku Dr. L. J. Kompanzew im 38. Lebensjahre. Die Venia practicandi hatte er i. J. 1893 erlangt. 4) Am 29. Oktober in Kasan der ausserordentliche Professor der Pharmakologie Dr. Konstantin Archangelski im Alter von 36 Jahren. Als Sohn eines russischen Geistlichen erhielt er seine Schulbildung in einem Seminar und bezog dann die Universität Tomsk, wo er i. J. 1895 den Arztgrad erlangte. Nachdem er sodann zur weiteren Vervollkommnung auf 2 Jahre auf Kronskosten ins Ausland geschickt worden war, wo er an verschiedenen deutschen Universitäten arbeitete, habilitierte er sich

1901 als Dozent für Toxikologie in Tomsk. Im Jahre 1903 wurde er zum Professor der Pharmakologie an der Universität Kasan ernannt. Der so früh Verstorbene ist auch vielfach literärisch hervorgetreten nicht nur in russischen, sondern auch in deutschen wissenschaftlichen Zeitschriften. 5) Am 25. November n. St. in Berlin der in weiten Kreisen bekannte Direktor der Massageanstalt der Berliner Universität, Prof. Dr. Isidor Zabludowski, im Alter von 56 Jahren an Gehirnapoplexie. Der Hingeschiedene war zu Bialostok in Russland geboren und erhielt seine medizinische Ausbildung an der mediko-chirurgischen Akademie in Petersburg, wurde dann russischer Militärarzt und nahm als solcher mit dem Preobrashenskischen Leibgarderegiment 1877/78 an dem russisch-türkischen Feldzuge teil. Hier war es, wo Zabludowski das Glück hatte, den damaligen Dorpater Professor von Bergmann, der als Generalkonsultant am Kriege teilnam, kennen zu lernen, was für sein späteres Schicksal entscheidend wurde. Nach dem Kriege wurde er auf 2 Jahre zur Fortbildung ins Ausland abkommandiert, machte das deutsche Staatsexamen und schied, als Prof. v. Bergmann 1882 Langenbecks Nachfolger in Berlin wurde, aus dem russischen Militärdienst, um die Leitung der Massageabteilung an der v. Bergmann'schen chirurgischen Universitäts-Klinik in Berlin zu übernehmen. 1896 zum Titularprofessor ernannt, wurde er 1900 mit der Leitung der ersten auf Prof. v. Bergmanns Anregung in Deutschland errichteten Universitätsmassageanstalt in Berlin sowie des damit verbundenen Lehramts für Massage und Heilgymnastik an der Universität betraut. Hier widmete er sich ausschliesslich einem Spezialgebiet, das damals von Aerzten mehr als stiefmütterlich behandelt und vorzugsweise von Laien gepflegt wurde, — dem der Massage. Es ist nicht zum wenigsten Zabludowskis Verdienst, diesen wichtigen Zweig der Heilkunde auf eine wissenschaftliche Grundlage gestellt und seine ausserordentliche Bedeutung für die Praxis einwandfrei erwiesen zu haben. Zahlreich sind die Publikationen, die Zabludowski meist in deutscher, aber auch in russischer und polnischer Sprache hat erscheinen lassen und die hauptsächlich von der Massage und Heilgymnastik und ihrer Bedeutung, Indikationen, Technik etc. bei verschiedenen Krankheiten handeln. Wie als Schriftsteller, so war er auch als Arzt und Lehrer in seinem Spezialfach mit Erfolg tätig. Zahlreiche Aerzte aus den verschiedensten Ländern der Welt besuchten seine Massagekurse, in denen er im Anschluss an seine interessanten, streng wissenschaftlichen Vorträge seine eigenartigen Massagemanipulationen demonstrierte, die sich von der oft recht rüden schwedischen Massage wesentlich unterschieden. Als Spezialität übte er die Behandlung des Schreib- und Musikerkrampfes, sowie die der Impotentia virilis.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Nach dem soeben erschienenen Personalverzeichnis der Dorpater Universität betrug die Gesammtzahl der Studierenden zum 15. Oktober d. J. 1902 um 278 weniger als um diese Zeit des vorigen Jahres. Dagegen hat sich die Zahl der Pharmazeuten auf 115 (gegen nur 79 im Vorjahre) und die der freien Zuhörer und Zuhörerinnen auf 73 (gegen nur 10 vor Jahresfrist) erhöht, darunter 44 Zuhörerinnen, so dass mit Einschluss dieser beiden Kategorien die Universität 2090 Besucher (gegen 2267 im Vorjahre) zählte. Von den 5 Fakultäten zählt die medizinische nach wie vor die grösste Zahl der Studierenden, nämlich 901, obschon auch die Zahl der Mediziner um 70 gegen das Vorjahr abgenommen hat. Ihrer Herkunft nach stammten aus den 3 Ostseeprovinzen 555 (gegen 557 im vorigen Jahre), aus dem Reichsinnern 1533 (gegen 1618) und 2 (gegen 3) aus dem Auslande. Somit repräsentieren die aus den Ostseeprovinzen Gebürtigen jetzt kaum 30 pCt. aller Studierenden, während sie im Herbst 1890 noch über 60 pCt. der Studierenden bildeten. Im Lehrpersonal der medizinischen Fakultät sind im Jahre 1906 nur geringe Veränderungen vorgekommen: Es ist der Privatdozent Dr. R. Weinberg ausgeschieden und Dr. Wilhelm Schmeltzer als Prosektor neu eingetreten.

— Der Konseil des weiblichen medizinischen Instituts hat beschlossen, beim Institut ebenso wie bei den medizinischen Fakultäten Prüfungen zur Erlangung des Zahnarztgrades und der pharmazeutischen Würden einzuführen, jedoch nur für Personen weiblichen Geschlechts. Das Honorar für die Prüfungen wird vom Institut in gleicher Höhe wie von den med. Fakultäten und der mil.-med. Akademie erhoben werden.

— An den 6 schweizerischen Hochschulen studieren gegenwärtig nicht weniger als 2193 Frauen, von denen weitaus die Mehrzahl Russinnen sind. Am stärksten sind die Frauen in Bern vertreten, nämlich mit 468 (fast durchweg Medizinerinnen).

— Zum Professor der Kinderheilkunde an der Universität Graz ist der Privatdozent an der deutschen Universität in Prag Dr. J. Langer ernannt worden.

Standesangelegenheiten.

— Aus Pensa wird der «N. Wr.» geschrieben, dass nach der vom dortigen Gouverneur angeordneten Entlassung des wahrscheinlich stark rotgefärbten Landschaftsarztes Fischmann der betreffende ärztliche Posten im Kirchdorfe Kutschki (im Gouv. Pensa) in Boykott erklärt wurde, obgleich von den 36 Landschaftsärzten nur 9, darunter 3 Aerztinnen, in der Sitzung anwesend waren. Nun brach aber in dieser Gegend eine Typhusepidemie aus, an welcher die Leute wie Fliegen hinstarben. Da entschloss sich denn trotz des Boykotts seitens der Kollegen ein mutiger Arzt, Dr. Wassiljew, den verfehmten Arztposten zu übernehmen; es dauerte aber nicht lange, da wurde ihm das Stroh zum Abwischen der Füsse in seinem Vorhause angezündet und ein Brief der sozialrevolutionären Partei bedeutete ihm, dass mit dem Boykott nicht zu spassen sei. Nun hatte auch Dr. Wassiljew genug und bat um Versetzung in einen anderen Kreis. Erst als der neue Gouverneur eine Generalversammlung der Aerzte einberief, wurde von den 27 Mitgliedern der Gesellschaft, die erschienen waren, mit 19 Stimmen gegen 8 der Boykott aufgehoben.

— Stiftungen für Aerzte. Der verstorbene Arzt Dr. Domenico Barbieri hat sein Vermögen zur Errichtung einer Dr. Theodor Billroth-Stiftung gewidmet. Das Stiftungsvermögen beträgt etwa 300,000 Kronen (= 120,000 Rbl.). Die Zinsen sind zu Stipendien für junge, an der früher von Prof. Billroth geleiteten zweiten chirurgischen Klinik in Wien tätige Chirurgen bestimmt. — Eine zweite Stiftung hat die Wittwe des bekannten Laryngologen Prof. Dr. Karl Stoerk auf dessen Namen testamentarisch festgesetzt. Das Stiftungskapital wird ca. 125,000 Kronen (= 50,000 Rbl.) betragen; die Zinsen sind für Stipendien für bedürftige und würdige Hörer der Medizin an der Wiener Universität bestimmt.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Das Gesuch der Verwaltung der Gesellschaft russischer Aerzte zum Andenken an N. J. Pirogow um die Bewilligung der Einberufung des fälligen X. Aerztekongresses nach Moskau ist vom Minister des Innern abschlägig beschieden worden.

— Für den 14. Internationalen Kongress für Hygiene und Demographie, der unter dem Protektorat der Deutschen Kaiserin vom 10./23.—16./29. September 1907 im Reichstagsgebäude zu Berlin stattfindet, sind acht Abteilungen gebildet: 1. Hygienische Mikrobiologie und Parasitologie. 2. Ernährungshygiene und hygienische Physiologie. 3. Hygiene des Kindesalters und der Schule. 4. Berufshygiene und Fürsorge für die arbeitenden Klassen. 5. Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten und Fürsorge für Kranke. 6. Wohnungshygiene und Hygiene der Ortschaften und Gewässer; Hygiene des Verkehrswesens. 7. Militärhygiene, Kolonial- und Schiffshygiene. 8. Demographie. Es ist auch bereits ein vorläufiges Verzeichnis der Vorträge festgestellt. Mit dem Kongress wird eine grosse internationale hygienische Ausstellung verbunden.

Verschiedene Mitteilungen.

— An der Kiewer Universität werden vom 1. Dezember 1906 bis zum 15. Januar 1907 Repetitionskurse für Aerzte abgehalten werden. Auskünfte über diese Kurse werden vom pathologisch-anatomischen Institut der Universität erteilt; die Gesuche sind an den Rektor der Universität zu richten.

— Im Laboratorium des Marchy-Hospitals in Pittsburg brach infolge einer Explosion Feuer aus. Die Feuerwehr drang trotz aller Versuche, sie zurückzuhalten, ins Gebäude und richtete dort unter den Gläsern und Tuben grosse Verwüstungen an. Die Tuben enthielten 13 verschiedene Bazillenkulturen, darunter Bazillen der Bubonenpest, das gelben Fiebers, des Tetanus und der Cholera. Es mussten daher die Leute, ihre Pferde und selbst die Spritzenschläuche desinfiziert werden. Die Feuerwehrmänner sind in die Isolierräume des Hospitals übergeführt worden, wo sie die Inkubationsfristen abzuwarten haben.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 11. Nov. d. J. 12152 (123 mehr als in der Vorwoche), darunter 1298 Typhus — (20 wen.), 1171 Syphilis — (6 wen.), 581 Scharlach — (12 mehr), 283 Diphtherie — (4 wen.), 63 Masern — (5 mehr), und 10 Pockenkranke — (3 mehr als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 5. bis zum 11. Nov. d. J. im ganzen 755 (445 M., 310 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 22, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 2, Masern 14, Scharlach 34, Diphtherie 31, Croup 0, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 31, Erysipelas 4, Grippe 6, Katarrhalische Lungenentzündung 97, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 14, Tuberkulose der Lungen 93, Tuberkulose anderer Organe 28, Alkoholismus und Dilirium tremens 13, Lebensschwäche und Atrophia infantum 53, Marasmus senilis 21, Krankheiten des Verdauungskanals 66, Totgeborene 49.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 28. Nov. 1906.

Tagesordnung:

Rinne: Ein Fall von schwerem chronischem Enterospasmus.

Lezenius: Ueber hydrotherapeutische Behandlung der Neuritis optica und ihrer Folgezustände.

— Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 18. Dez. 1906.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 48 St. Petersburg, den 2. (15.) Dezember. 1906.

Dieser № liegt № 10 der «Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften» bei.

(Aus der geburtshilflich-gynäkologischen Abt. des Stadtkrankenhauses zu Riga, dirig. Arzt Dr. med. Alexander Keilmann).

Eklampsie und Wetter.

Von

Dr. Wilhelm Ruth, Riga.

(Vortrag, in Wolmar zum XVIII. Aerztetage der Gesellschaft livländischer Aerzte gehalten).

M. H.! Wenn man häufig Gelegenheit hat, Eklampsie zu sehen, so gewinnt man den Eindruck, als ob ihr Auftreten von der Witterung abhängig wäre. Eine dahin lautende Anschauung ist schon vor ungefähr 150 Jahren von Denman [1]) ausgesprochen worden. Im allgemeinen hat sie aber wenig Beachtung gefunden. Gelegentlich hört und liest man wohl die Aeusserung, dass nasskaltes Wetter den Ausbruch der Eklampsie begünstigt und eine Häufung der Fälle verursacht; auch ist sie in den Lehrbüchern verzeichnet. [2]) [3]) [4]). Ihre Bestätigung durch eine sorgfältige Untersuchung scheint sie jedoch zuerst von Casamayor [5]) im Jahre 1892 erhalten zu haben. In demselben Jahre aber noch verneinte Olshausen eine Einwirkung des Wetters auf die Eklampsie. Der Kongress d. d. G. f. G. [6]) in Giessen 1901 hob das Interesse für diese Frage. Man hoffte neue Gesichtspunkte finden zu können, die das Suchen nach der Ursache erleichtern würden. Wyder [7]) sagte in seinem Referat: „Was speziell den Einfluss nasskalter Witterung anbetrifft, so halte ich es trotz gegenteiliger Behauptung für ausgemacht, dass derselbe ein recht ungünstiger sein kann, namentlich da, wo bereits eine Nierenreizung besteht, und ist es gewiss kein blosser Zufall, wenn zu gewissen Jahreszeiten, (namentlich im Herbst und Frühjahr mit ihren an manchen Orten geradezu berüchtigten Witterungsverhältnissen) die Eklampsien sich häufen". Nagel [8]) pflichtete diesen Worten auf Grund seiner Untersuchungen bei. Nicht immer sei diese Ursache zur Erklärung heranzuziehen, doch dürfe sie nicht unberücksichtigt gelassen werden. Einfluss der Witterung auf Nephritis sei anerkannt. „Ein Umschlag der Witterung, nasskalte, rauhe Luft und reichliche Niederschläge herbeiführend, ist imstande, eine bestehende Nephritis zu verschlimmern und eine Anschwellung der Eklampsie herbeizuführen".

Im Gegensatz zu Olshausens [9]) Angaben über Berlin berichtete Schatz [10]) von einer Häufung der Eklampsien Mecklenburgs gerade in den Sommermonaten. Der Grund dafür könnte in der Lebensweise der Städterinnen und der Landbewohnerinnen zu suchen sein. Während erstere gezwungen seien, sich allen Unbilden der Witterung, auch in den Wintermonaten auszusetzen, könnten letztere die Arbeit ausserhalb des Hauses im Winter wohl, im Sommer nicht meiden.

Olshausens Angaben widersprechend, fand Zangemeister [11]) auch in Berlin die Sommermonate häufiger von Eklampsie besetzt, als den Winter. Nach ihm begünstigt besonders ein plötzlicher, schneller Vollzug der Wetterveränderung den Ausbruch der Krankheit, was dem häufigeren Vorkommen in den warmen, gewitterreichen Monaten des Sommers entspräche. Die Einwirkung kann durch eine Veränderung der Hauttätigkeit, die bei der herabgesetzten Nierenfunktion von der grössten Bedeutung sei, hervorgerufen werden. Im grossen und ganzen hält er aber die Abhängigkeit von der Witterung nach uns persönlich zugegangener Mitteilung für gering. — Büttner [12]) [13]) hat die Frage zweimal

geprüft. Nach einer Ablehnung kommt er zu positiven Resultaten. Eine Begünstigung des Auftretens der Eklampsie ist in der Witterung zu suchen, insofern bei nasskaltem Wetter das Ausbrechen der Krämpfe häufiger beobachtet wird, als bei schönem Wetter. „Eine Witterung, die leicht zu Erkältung führt, erhöht auch die Zahl der Eklampsien". Temperatur und Niederschläge seien die am meisten in Betracht kommenden Faktoren. Meyer-Wirz[14]) dagegen meint, dass keine Anhaltspunkte vorhanden seien, die eine Einwirkung der Witterung auf das Entstehen der Eklampsie darlegen. Trotzdem giebt er zu, dass in einzelnen Fällen, z. B. bei schon bestehenden Nierenleiden, ein Einfluss ungünstiger meteorologischer Verhältnisse nicht ausgeschlossen sei. Hammerschlag[15]) folgert aus seinen Untersuchungen, dass zwischen Eklampsie und Witterung kein Zusammenhang besteht.

Trotz der Ablehnung durch Meyer-Wirz und Hammerschlag halte ich die Frage doch noch der Nachprüfung wert. Ganz besonders hat mich darin die Literatur der Büttner'schen Arbeit bestärkt.

Sehr wünschenswert wäre es gewesen, wenn ich wie Büttner, das Material eines ganzen Landes, oder doch wenigstens einer ganzen grossen Stadt, der Stadt Riga, hätte benutzen können. Diesen Gedanken musste ich aber fallen lassen, da die Beschaffung eines solchen Materials bei uns, namentlich unter den herrschenden Verhältnissen und bei dem vollständigen Fehlen derartiger Einrichtungen, wie sie Büttner, Hammerchlag etc. ihre Aufgabe erleichterten, mit allzu grossen Schwierigkeiten, wenn überhaupt möglich, verknüpft ist. Mir stand nur klinisches Material zur Verfügung. Allerdings beträgt die Zahl der Fälle, die ich einem Vergleich mit den Witterungsverhältnissen unterziehen konnte, 126. Ich hoffe, das was die Behandlung des Stoffes durch den oben erwähnten Mangel einbüssen muss, durch detailliertere Betrachtung wieder wett zu machen.

Die meteorologischen Aufzeichnungen, die mir meine Untersuchung ermöglichten, entstammen der unter Leitung Oberlehrer Adolf Werner's [16]) [17]) [18]) [19]) stehenden Beobachtungsstation des Naturforschervereins zu Riga.

Zunächst habe ich alle Fälle aus den Jahren 1899—1905 incls. auf die zugehörigen Monate verteilt und dann die Summe für die gleichen Monate gezogen. Trotz der kleinen Zahlen sieht man doch deutlich ein starkes Steigen der Frequenz im Frühjahr und im Herbst. März und Mai, Oktober und November sind die bevorzugten Monate. Dieser Typus der Verteilung ist stets in allen einzelnen Jahren, wenn auch nicht so deutlich, zuweilen ein wenig verschoben zu erkennen. Häufig sieht man einzelne Monate frei von Eklampsie, nicht selten auch 2 hintereinander. Ja einmal finden wir eine Pause von 4 Monaten.

Mit Ausnahme des Oktobers ist keiner der 4 frequentiertesten Monate jemals leer ausgegangen. Auffallend ist das häufige Fehlen im Januar und Dezember, in 7 Jahren je 4 mal. Ziehen wir den Januar 1906 noch hinzu, so stellt sich das Verhältnis für den 1. Monat des Jahres wie 5:3. Dass hin und wieder ein Monat keinen Eklampsiefall aufzuweisen hat, ist an und für sich nicht besonders bemerkenswert. Handelt es sich doch um klinisches Material, dessen Grösse und Verteilung von den mannigfachsten Zufällen abhängig ist. Auch sind die Zahlen als solche keine grossen, können es auch nicht sein. Immerhin muss es doch hervorgehoben werden, dass 4 der freigebliebenen Januarmonate sehr warm waren. Auch die 4 erwähnten Dezembermonate haben alle eine Temperatur über dem normalen Mittel. Der April 1902 ist wohl ganz bedeutend kälter, hat aber eine Niederschlagsmenge, die viel unter dem schon an und für sich nicht hohen Mittel steht. Die relative Feuchtigkeit ist kleiner, als sonst. Im April 1903 steht die Temperatur um 2,1° über dem Durchschnitt. Der sich dem Januar 1903 anschliessende Februar gehört zu den wärmsten. Dezember 1905 und Januar 1906 sind schon als der Temperatur nach günstig genannt worden. Die 4-monatliche Pause des Jahres 1901 gehört einem warmen, trockenen Sommer an. Die Temperatur steht durchweg über dem Mittel, die Niederschlagshöhe immer darunter, mit Ausnahme des September ist die relative Feuchtigkeit stets geringer u. s. w., lauter günstige Momente. — Als solche müssen wir auch im allgemeinen die meteorologischen Verhältnisse unseres rigischen Sommers bezeichnen. Zähle ich sie einzeln auf, so finde ich die t°, wenn auch die Tagesschwankungen recht bedeutende sein können, ziemlich stetig. Die Unterschiede zwischen den Monatsmitteln sind keine grossen. Die Temperatur steigt im Mittel im Juli bis zu 18°. Der Barometer weist im Juli den tiefsten Stand auf. Die Winde nehmen an Stärke ab. Sturmtage sind selten. Die Bewölkung ist die geringste des Jahres, desgleichen die relative Feuchtigkeit. Ungünstig stellen sich die Sommermonate nur durch ihre bedeutende, im Juli den Höhepunkt erreichende Niederschlagsmenge und mit Ausnahme des Juni auch durch die Zunahme der Niederschlagstage dar. Sicher aber ist die Masse der Niederschläge selbst lange nicht so wichtig, als die Zahl der Tage mit solchen. Die Menge der Niederschläge kann nach einzelnen kurzen Gewitterregen eine grosse sein, ohne dass die Witterung im allgemeinen eine schlechte war. Dagegen lässt die Anzahl der Tage mit Regen oder Schnee einen besseren Schluss auf die Beschaffenheit des Wetters zu.

Tafel 1.

	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember	[illegible]
1899	0	1	3	1	1	1	2	2	1	2	1	2	17
1900	0	1	3	1	1	1	2	0	0	4	2	0	15
1901	2	0	1	4	2	0	0	0	0	2	2	1	14
1902	0	3	1	0	3	0	1	1	1	0	1	4	15
1903	0	0	1	0	1	1	1	0	1	2	3	0	10
1904	2	2	3	1	1	2	0	2	3	1	2	0	19
1905	1	1	4	1	2	2	2	0	1	6	2	0	22
1906	0	3	2	3	4	1	0	1	—	—	—	—	14
	5	11	18	11	15	8	8	6	7	17	13	7	126

Den günstigen Witterungsfaktoren des Sommers entspricht das seltenere Auftreten der Eklampsie.

Ganz anders gestalten sich die Verhältnisse, wenn wir die meteorologischen Daten des Frühjahrs und Herbstes betrachten. Beide sind Uebergangszeiten, als solche überall wegen ihrer Veränderlichkeit gefürchtet. Die meisten Erkältungen kommen auf ihre Rechnung. Ein Einfluss der Witterung auf Nephritis ist anerkannt. Selten wird bei der Eklampsie eine Nierenaffektion vermisst. Verschlimmerung des Nierenleidens erhöht die Gefahr des Krampfausbruchs.

Der Uebergang vom Winter zum Sommer vollzieht sich in Riga viel schneller, als der vom Sommer zum Win-

ter. Mit anderen Worten, die Temperatur steigt im Frühling viel schneller an, als sie im Herbst fällt. Der grösste Unterschied zwischen den Mitteln ist zwischen den Monaten März-April, September-Oktober, Oktober-November. Durchschnittlich sind der 23. März und der 21. November als Grenzmarken für Frühjahrsbeginn und Herbstesende zu bezeichnen, Der Barometer hat im März ein Minimum, im Oktober allerdings ein Maximum. Die Luftbewegung ist im Frühling und Herbst eine intensivere. Insbesondere zeichnet sich der Mai durch die stärksten Nord-, der November durch die heftigsten Südwinde aus. Die Sturmtage hausen am häufigsten im Oktober, doch gehören März und November auch noch zu ihren bevorzugten Monaten. Im Mai ist gegenüber dem Sommer noch eine Vermehrung der stürmischen Tage zu verzeichnen. Im März sind $^2/_3$ des Himmels mit Wolken bedeckt, im Oktober noch mehr, im November sind durchschnittlich nur trübe Tage. Die relative Feuchtigkeit ist im März, Oktober, November gross. Letzterer übertrifft sämmtliche Monate des Jahres. Die Niederschlagstage sind im November am zahlreichsten, der Oktober steht ihm wenig nach. Dagegen hat der März deren weniger, als beispielsweise der Juli und August. Die Niederschlagsmenge ist im Herbst grösser, als im Frühjahr, kann sich aber mit der des Sommers nicht messen.

Mit den schlechten Witterungsfaktoren, besonders des Herbstes, fällt das Anwachsen der Eklampsiefrequenz zusammen, ist demnach wohl nicht als etwas Zufälliges zu bezeichnen.

Der April ist freier, da er günstigeres Wetter aufzuweisen hat, als seine beiden Nachbarmonate, was der sonst allgemeinen Ansicht von der Unbeständigkeit des Aprilwetters widerspricht.

Auffallend ist, dass der Winter mit seiner grossen Zahl schädlicher Einflüsse von einer Anhäufung der Eklampsie verschont bleibt. Zu der bezüglich des Januar und Dezember schon früher gegebenen Erklärung wäre vielleicht noch hinzuzufügen, dass die Windrichtung mehr eine südliche ist, die Windstärke der des Herbstes ein wenig nachsteht, die Temperatur wenn auch vielfach als sehr kalte, doch eher eine gleichmässige genannt zu werden verdient. Die Tagesschwankungen sind gering. Der Februar kann für sich auch noch andere günstige Momente anführen, wie z. B. die geringere Anzahl von Sturmtagen, als im Januar oder im März.

Tafel 3.

	Jahresmittel der t°	Normales Jahresmittel der t°	Jahresmenge d. Niederschläge	Jahresmittel der Niederschläge	Zahl der Niederschlagstage	Zahl der Eklampsien.
1899	6,2	6,0	586,7	552	255	17
1900	5,7	»	593,3	»	216	15
1901	6,7	»	535,3	»	175	14
1902	—	—	—	—	218	15
1903	7,3	»	677,9	»	199	10
1904	5,3	»	817,8	»	232	19
1905	6,4	»	582,5	»	—	22
1906	—	—	302,4	—	—	13
			im ersten Halbjahr.			im ersten Halbjahr.

Wie Büttner verglich ich alsdann die einzelnen Jahressummen mit der jeweiligen Jahrestemperatur und den Gesammtniederschlägen. Zunächst konnte ich aus dieser Zusammenstellung wenig entnehmen, zumal die Reihe der Jahre bei mir kürzer ist, ein Teil der hier notwendigen Angaben fehlt. Die Sache änderte sich aber wesentlich, als ich neben die Menge der Niederschläge die Zahl der Tage mit solchen stellte. Ich deutete es schon an, dass letztere viel wichtiger sind. Je wärmer das Jahr ist und je weniger Niederschlagstage es zählt, desto weniger Eklampsie. Die Menge des niedergeschlagenen Wassers kann dabei eine grosse sein. In kalten Jahren mit zahlreichen Tagen, die Niederschläge bringen, häufen sich die Eklampsien.

Auch die folgenden Untersuchungen nahm ich in der Art, wie Büttner es tat, vor. Doch habe ich sie weiter ausgedehnt und ausser der Temperatur und der Menge der Niederschläge, den sehr wichtigen Faktor relative Feuchtigkeit, teilweise noch die Niederschlagstage in die Betrachtung mit hineingezogen. Stützen sich auch meine dabei gewonnenen Resultate nur auf kleine Zahlen, so wiegen sie um so mehr, als sie bei einem viel weniger geeigneten und kleineren Material dennoch dieselben sind.

Vergleiche ich die Monate des Jahres miteinander, so haben alle diejenigen, deren wahrscheinliches Temperaturmittel über dem normalen Mittel des Jahres liegt, seltener Eklampsie zu verzeichnen, die kälteren häufiger. Viel bedeutender ist der Unterschied zwischen den Teilen des Jahres mit geringerer und grösserer relativen Feuchtigkeit. Je feuchter die Luft, desto mehr Eklampsie. Monate des Jahres deren Temperatur sich über, deren Feuchtigkeitsgehalt sich unter dem normalen Mittel befindet, stellen sich am günstigsten. Weniger günstig sind Monate mit einer Temperatur unter und einer Feuchtigkeit unter dem Jahresmittel. Dann folgen Monate deren Temperatur unter, deren Feuchtigkeitsgehalt über dem Mittel steht. Am schlimmsten sind die Monate mit einer Temperatur und einer feuchten Luft, die das Jahresmittel übersteigen. Diese haben mehr als $1^1/_2$ mal so viel Fälle verschuldet, als warme, trockene.

Gehe ich zu den einzelnen Monaten der ganzen von uns zur Untersuchung gezogenen Zeit über, so gestalten sich die Verhältnisse folgendermassen. Kalte Monate rufen häufiger, warme seltener Eklampsie hervor. Monate mit grossen Niederschlagsmengen sind gefährlicher, als solche mit geringen. Warme Monate mit wenig Niederschlägen haben die geringste Frequenz. Diese erhöht sich successive in kalten Monaten mit reichlichen Niederschlägen, dann in warmen, deren Niederschlagsmasse vermehrt ist, dann in kalten mit wenig Niederschlägen.

Monate mit hohem Feuchtigkeitsgehalt der Luft sind einflussreicher auf den Ausbruch der Eklampsie, trockene Luft vermindert die Einwirkung der Witterung. Von 90 Eklampsien der Jahre 1899—1904 inkls. sind nur 13 in warmen Monaten mit geringer relativer Feuchtigkeit vorgekommen. Monate, deren Temperatur und Luftfeuchtigkeit erhöht ist, steigern die Frequenz, noch mehr solche, die kalt und trocken sind, noch mehr kalte und feuchte Luft.

Ich wende mich zu der Betrachtung der einzelnen Erkrankungsfälle. Für deren 90 habe ich die wichtigsten Daten bis zu 15 Tagen vor dem Ausbruch ausgezogen und zu Kurven vereinigt. Am meisten fiel uns sofort das Verhalten der relativen Feuchtigkeit auf, alsdann die Beziehungen derselben zur Temperatur. Das Jahresmittel der relativen Feuchtigkeit beträgt in Riga 79 %, ist also ein hohes. Die Luft ist durchschnittlich feucht. In 66,67 % der Fälle war am Tage des Ausbruchs der Eklampsie, der Feuchtigkeitsgehalt grösser, als das Mit-

tel. 33 mal enthielt die Luft 90% und mehr der aufnehmbaren Wasserdampfmenge, 2 mal war sie gesättigt. Der niedrigste am Tage des Ausbruchs beobachtete Prozentsatz war 43. — Der Durchschnitt aller 90 Erkrankungstage ergab 81% relativer Feuchtigkeit, der Tage vorher sogar 82%. Am Tage vor dem Auftreten der Krämpfe waren unter 90 Fällen 59 mal, 2 Tage vorher 57 mal, 3 Tage zurück 59 mal mehr als 70% Luftfeuchtigkeit zu finden, immer also ein deutliches Ueberwiegen der feuchten Luft.

Am ausgesprochensten ist das in den letzten Tagen. Während der 15 vorhergehenden Tage haben 57,78% der erkrankten Frauen durchschnittlich in einer Luft mit grosser Feuchtigkeit gelebt. Für die letzten fünf Tage berechnet, stellt sich das Verhältnis wie 68,89:31,11. Die 15-tägige Kurve aller 90 Eklampsien läuft meistens über 79% hinaus. An 39 Tagen des Ausbruchs stand die Temperatur unter dem Monatsmittel desselben Jahres, 49 mal über demselben, 2 mal war sie gleichhoch. 13 mal traten die Krämpfe an warmen und trockenen, 16 mal an kalten und trockenen, 23 mal an kalten und feuchten, 36 mal an warmen und feuchten Tagen auf.— Die Einwirkung der Temperatur und der relativen Feuchtigkeit ist augenscheinlich.

Durchschnittlich fiel in den 15 Tagen vor dem Anfalle an 9 Tagen Regen oder Schnee. In den letzten 5 Tagen fanden an mehr als 3 Tagen Niederschläge statt. Am Tage an dem die Eklampsie ausbrach, beobachtete man unter 90 Fällen 52 mal Regen- oder Schneefall. An den 38 Tagen ohne Niederschlag ist 8 mal Nebel, 21 mal relative Feuchtigkeit über 79% angegeben davon 9 mal über 90%, 1 mal Sättigung der Luft mit Wasserdampf.

M. H.! Es würde zu weit führen wollte ich auch noch die anderen Witterungserscheinungen einzeln einem Vergleiche unterziehen. Ich müsste immer wieder eine ermüdende Zahlenreihen vorführen. Nur die Kritik des Wetters schlechtweg kann ich nicht unterlassen. Mehr als $^2/_3$ aller Eklampsien kamen während einer schon kürzere oder längere Zeit bestehenden — sit venia verbo — schlechten Witterung zum Ausbruch. Schlechtes Wetter kann ja natürlich verschiedenen Charakter haben. Ich verstehe hier darunter, um weitläufige Erklärungen, Rubrizierungen und Wiederholungen zu vermeiden, ein solches, das wegen seiner Erscheinungen in hygieinischer Beziehung als ungünstig anzusehen ist, gleichviel welche die Gesundheit leicht gefährdenden Elemente es jeweilig zeigen mag. Dazu gehören beispielsweise ausgedehnte Bewölkung, resp. vollständig bedeckter Himmel, langandauernde Niederschläge, reichliche Niederschlagsmengen, Nebel, hoher relativer Feuchtigkeitsgehalt der Luft, Stürme, Gewitter, rasch erfolgender Temperaturwechsel, ausgiebige Tagesschwankungen der Temperatur u. s. w. — Oft erfolgte der 1. Krampfanfall bei einem plötzlichen, schnellen Wechsel von Witterungserscheinungen, sei es, dass das Wetter eine schon längere Zeit hindurch schädliche Bedingungen gezeigt hat, oder dass es bis daher als schön, das heisst in gesundheitlicher Beziehung als günstig zu bezeichnen war. In einem ganz verschwindend kleinen Teil trat die Krankheit während schönen Wetters im Sinne des gewöhnlichen Sprachgebrauchs in Erscheinung. Aber auch hier finden wir die Witterung nicht immer ganz frei von schädlichen Momenten. Ich nenne als Beispiel hohen Feuchtigkeitsgehalt der Luft. Mehrfach erfolgten aber die Krampfanfälle nach so kurzer Dauer der günstigen Witterung, dass man die Wirkung des vorher schon lange Zeit hindurch beobachteten schlechten Wetters nicht ausser Acht lassen darf.

An so häufig in der Literatur erwähnten Gruppen von Eklampsien, die wahrscheinlich wohl zuerst die Aufmerksamkeit der Beobachter auf das Wetter gelenkt haben, zähle ich allein in den Jahren 1899—1904 15. Sie umfassen je 2—6 Fälle.

Auf Grund der Resultate meiner Untersuchungen glaube ich nicht fehlzugehen, wenn ich mich der Meinung derjenigen anschliesse, die der Witterung einen Einfluss auf den Ausbruch der Eklampsie zuschreiben.

Als Stütze für meine Behauptung ziehe ich die Untersuchungen heran, die Rubner[20]) in seinem Lehrbuch der Hygiene niedergelegt hat:

„Der Wasserdampf ist seiner Menge nach der schwankendste Bestandteil der Atmosphäre und wichtig wegen seiner Beziehung zu den Lebensvorgängen der Tier- und Pflanzenwelt.

Je höher die Temperatur wird, um so mehr Wasser verdampft für 1° Temperaturzuwachs.

Je höher der Barometerdruck ist um so mehr wird die Geschwindigkeit herabgesetzt, mit der die Sättigung eintritt.

Jede Aenderung der relativen Feuchtigkeit steigert oder hemmt die Verdunstungsmöglichkeit. Feuchtigkeit vermehrt die Wirkung der Kälte. Bei mittlerer Temperatur (14—15°) erscheint trockene Luft behaglicher, als feuchte, besonders steigert sich die angenehme Wirkung der Trockenheit bei 24—30°, also bei hohen Temperaturen im Gegensatz zur feuchten Luft. Die Erfrischung durch trockene, warme Luft ist eine ganz eigenartige, sie giebt das Gefühl gesteigerten Wohlbehagens und Lust zur Tätigkeit. In ruhender trockener Luft tritt erst gegen 30° bei etwa 22 pCt. relativer Feuchtigkeit sichtbarer Schweiss auf. Luft von 80 pCt. Feuchtigkeit ist schon bei 24° auch für den ruhenden Menschen unerträglich, es tritt starkes Bangigkeitsgefühl und innere Unruhe auf, obschon die sichtbare Schweissbildung garnicht erheblich ist.

Bei fetten Personen können Temperaturen von 35—36° bereits bei einer relativen Feuchtigkeit von 50 pCt. eine bedrohliche Steigerung der Eigentemperatur herbeiführen.

D i e A u s s c h e i d u n g d e s W a s s e r d a m p f e s i s t b e i m M e n s c h e n v o n d e r r e l a t i v e n F e u c h t i g k e i t d e r L u f t a b h ä n g i g.

Wasserdampfabgabe eines 58 Kilo schweren Mannes berechnet für eine Stunde.

	Trockene Luft.		Feuchte Luft.	
t°	Luftfeuchtigkeit	H_2O	Luftfeuchtigkeit	H_2O
15°	8 %	36,3 g.	89 %	9,0 g.
20°	5 %	54,1 „	82 %	15,3 „
25°	6 %	75,4 „	81 %	23,9 „
29°	6 %	105,3 „		

Die Wirkungen trockener und feuchter Luft auf die Wasserdampfabgabe sind sehr grosse. Die Wasserdampfabgabe ist aber auch eine Funktion der Lufttemperatur. Dieselbe Schwankung der Luftfeuchtigkeit entzieht bei Wärme weit mehr Wasserdampf, als bei kühler Temperatur. Doch nimmt auch bei sehr niedriger Temperatur gegen den O—Punkt hin die Feuchtigkeitsabgabe wieder zu. Am wenigsten Wasserdampf wird zwischen 15 und 20° abgegeben.

Zur Beurteilung der Feuchtigkeit müssen wir vom hygienischen Standpunkte die relative Feuchtigkeit und die Temperatur kennen.

Je mehr von einem Menschen bei mittlerer Temperatur Feuchtigkeit abgegeben wird, um so kräftiger sind auch die Wirkungen von trockener und feuchter Luft.

Die Wasserdampfabgabe erfolgt durch Lunge und Haut.

'or
ne

tel. 8
nehm
Der
zents
kungs

...ungen- und Hautatmung beträgt für eine Stunde ...n Erwachsenen.

	Trockene Luft.		Feuchte Luft.	
t°	Atmung.	Haut.	Atmung.	Haut.
15°	16,8 g.	9,5 g.	9,0 g.	—
20°	17,0 „	37,1 „	11,7 „	3,6 g.
25°	18,4 „	57,0 „	10,9 „	13,0 „

Trockene und feuchte Luft äussern innerhalb der ...ufigst vorkommenden Temperaturgrenzen sehr geringe ...irkungen auf den Wasserverlust mit der Atmung, ...er sehr grossen Einfluss auf die Haut. ...tztere ist bei niedriger Lufttemperatur zwar wenig ...neigt auf Schwankungen der relativen Luftfeuchtig...eit mit stärkerer oder schwächerer Wasserdampfabgabe ... reagieren, wohl aber bei hoher Temperatur.

Wenn man körperliche Ruhe, leichte Bekleidung, ...hende Luft, gemischte Kost und eine Temperatur ...on 18—20° gegeben findet, so wird es richtig sein, ...ine Feuchtigkeit von 30—40 pCt. als zweckmässig zu ...ezeichnen".

Ziehe ich nunmehr meine Schlüsse, so behaupte ich:

1. Es besteht ein Zusammenhang zwischen Eklampsie und Wetter, insofern ungünstige Witterungsverhältnisse einen Ausbruch der Krämpfe befördern.

2. Die einflussreichsten Faktoren sind Temperatur und relative Feuchtigkeit.

3. Die Eklampsie bricht am seltensten bei warmem, trockenem Wetter aus.

4. Die Frequenz nimmt bei wachsender relativer Feuchtigkeit sowohl bei sinkender, als bei steigender Temperatur zu.

5. Ausdauernd „schlechtes Wetter" schädigt häufiger, als ein plötzlicher Umschlag „schönen" Wetters in schlechtes.

Sind einmal Witterungseinflüsse nachgewiesen worden, so werden wir wohl nicht irre gehen, auch solche des Klimas annehmen zu dürfen.

Die Einwirkung des „schlechten Wetters" ist vor allen Dingen, in einer unter Umständen excessiven Veränderung der Hauttätigkeit zu suchen, worauf schon Zangemeister hingewiesen hat. Die Schweisssekretion kann eine bedeutende Störung erleiden und damit, rückwirkend, eine Verschlimmerung eventuell schon mangelhafter Nierentätigkeit herbeiführen.

Aber auch eine allzu grosse Abkülung der Haut und damit des Körpers durch Durchnässung der Kleidung oder anhaltenden heftigen Wind oder niedrige Temperatur mit daraus resultierender Schädigung schon geschwächter Organe wäre zur Erklärung mit heranzuziehen.

Diese Annahmen können als eine Stütze der jetzt wohl am meisten Anhänger zählenden Intoxitationstheorie gelten. Die Vergiftung des Körpers wird beschleunigt, indem durch die geschädigte Hautfunktion eine mangelhafte Ausscheidung der angenommenen Gifts stattfindet.

Die Kenntnis der gefundenen Tatsachen ist jedoch nicht in theoretischer Hinsicht allein von Interesse. Wir können ihnen auch einige praktische Hinweise für die Handhabung der Prophylaxe entnehmen, die um so notwendiger ist, als nach den neueren Beobachtungen die Eklampsie an Frequenz zunimmt. Der Kardinalpunkt liegt in der Verhütung jeglicher Störung der Nierentätigkeit, resp. in dem rechtzeitigen Bemerken schon eingetretener Funktionsbeeinträchtigung. Nächst den genügsam bekannten Massnahmen, wie frühzeitige, oft wiederholte Harnuntersuchung, Vermeidung körperlicher Ueberanstrengung, Unterstützung der Herztätigkeit, sei hier ganz besonders auf die Hautpflege in weitestem Sinne aufmerksam gemacht. Schwangere sollen sich vor plötzlicher oder langandauernder Abkühlung hüten, eine Forderung, die namentlich für die ärmere, arbeitende Klasse, die wohl den grössten Anteil an Eklampsie stellt, von der grössten Bedeutung ist. Ich erinnere nur an die häufig mangelhafte oder unzweckmässige Kleidung, an das Durchnässen derselben, an den grossen Temperaturunterschied zwischen heissen, überfüllten Arbeitsräumen und rauer, nasskalter Herbstwitterung.

Warme, alle Teile des Körpers gleichmässig schützende Kleidung käme weiter in Betracht.

Die Zimmerluft sei warm und frei von Feuchtigkeit. In Neubauten findet man nicht selten übermässig feuchte Luft.

Seit Jahren schon empfiehlt Dr. Keilmann, der immer von dem Einfluss des Wetters auf die Eklampsie überzeugt gewesen ist und sich gelegentlich auch in dem Sinne geäussert hat, Schwangeren, ihre Wohnung warm zu halten, im Frühjahr mit der Heizung nicht allzufrüh aufzuhören, im Herbst zeitiger zu beginnen. Er hält hiervon womöglich mehr als von den häufigen warmen Bädern, deren Nutzen trotzdem unverändert fortbesteht, die Haut kräftigend, ihre Funktion als Wärmeregulier- und Sekretionsapparat fördernd.

Feuchte Aussenluft, sei sie warm oder kalt, müssen Frauen während der Schwangerschaft meiden.

Ist schon eine Nierenreizung zu verzeichnen, so treten auch hier neben den Massnahmen reizlose Kost, Milchdiät, Vermeidung von Alkoholicis, absolute Bettruhe, medicamentöse Hebung der Nieren- und Herztätigkeit, künstliche frühzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft, resp. Einleitung oder Beschleunigung der Geburt erfahrungsgemäss schon lange auf die Anregung und Steigerung der Hautfunktion hinzielende Verordnungen in ihr Recht. Ich nenne warme, resp. heisse Bäder, feuchte Einpackungen, heisse Luft. — Wo es die Verhältnisse gestatten käme ein Wechsel des Wohnorts in Betracht. Nierenkranke schickt man ja auch sonst in warme, trockene Gegenden. Wo solches wegen der materiellen Verhältnisse nicht möglich ist, tritt die Sorge für warme, trockene Wohnungsluft an die Stelle.

Eine besonders verschärfte Aufmerksamkeit werden wir bereits erkrankten schwangeren Frauen während schlechter Witterungsverhältnisse, namentlich im Frühjahr und Herbst angedeihen lassen müssen. Vielleicht noch werden es weitere Forschungen erweisen, dass den Schwangerschaftswehen auch Beachtung geschenkt werden muss. Nach Schatz und Büttner sollen die Schwangerschaftswehen in bestimmten Perioden auftreten und der Beginn der Eklampsie mit ihnen zusammenfallen.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, den Herren Dr. med. Alexander Keilmann und Oberlehrer Adolf Werner für die Ueberlassung des Materials, Anregung und Förderung meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur:

1) Citiert nach Fasbender, Geschichte der Geburtshilfe, pag. 781.
2) Bumm, Grundriss zum Studium der Geburtshilfe.
3) Olshausen-Veit, Lehrbuch der Geburtshilfe.
4) Winckel, Handbuch: Eklampsie, Dührssen.
5) Citiert nach Fasbender, pag. 781.
6) Verhandlungen d. d. G. f. G. IX.
7) Verhandlungen d. d. G. f. G. IX.
8) Verhandlungen d. d. G. f. G. IX.
9) Olshausen, Sammlung kl. V., Volkmann, 39. 1892.

10) Verhandlung d. d. G. f. G. IX.
11) Zangemeister, Z. f. G. u. G. XLII. 3.
12) Büttner, Arch. f. G. 65.
13) Büttner, Arch. f. G. 70.
14) Meyer-Wirz, Arch. f. G. 71.
15) Hammerschlag, M. f. G. u. G. Ergänzungsheft. Band XX.
16) Werner, Korrespondenzblatt des Naturforschervereins zu Riga. 1900, 1901, 1902, 1903, 1904, 1905.
17) Werner, Rigas Witterungsverhältnisse, Riga 1887.
18) Werner, Kapitel: das Klima der Stadt in „die Bauten Rigas".
19) Werner, Originalaufzeichnungen der meteorologischen Station.
20) Rubner, Lehrbuch der Hygiene.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Das Kind, seine geistige und körperliche Pflege von der Geburt bis zur Reife. Herausgegeben von Ph. Biedert. Mit 76 Abbildungen und 2 Kurventafeln im Text. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke 1906. Preis geheftet 8 Mark.

Die Sorgfalt, welche in dem letzten Jahrzehnt allerseits drauf verwandt wird die Kinder rationell zu erziehen, zu pflegen und aufwachsen zu lassen, damit sie später den vielseitigen Lebensanforderungen gewachsen seien, hat jedenfalls auch den Herausgeber bewogen, sich mit mehreren Fachmännern der Medizin und Schule in Relation zu setzen, um ein Werk zu schaffen, welches die fachmännische Lösung dieser Aufgabe fördern soll.

So ist das vorliegende Werk entstanden. Biedert spielt den vermittelnden Herausgeber, welcher die speziellen Abhandlungen zu einem einheitlichen Ganzen fügt, als Mitarbeiter treten auf Lehrer Börlin, Dr. Cramer, Prof. Flegler, Dr. Gernsheim, Dr. Kronenberg, Dr. Quint, Dr. Reinach, Dr. Rensburg, Dr. Rey, Dr. Selter, Prof. Dr. Siegert, Dr. Würtz.

Der ganze Stoff ist in 6 grösseren Abschnitten abgehandelt. Der I. Abschnitt handelt von der normalen Entwicklung des Kindes und seiner Pflege und Ernährung im 1. und 2. Lebensjahr, der II. Abschnitt von der Verhütung von Erkrankungen, Pflege und Ernährung in demselben Lebensabschnitt. Es kommen zur Besprechung die Verdauungskrankheiten, die angeborenen Krankheiten und Missbildungen, konstitutionellen Erkrankungen. Erwähnung finden die diversen Anstalten, Krippen, Säuglingsheime.

Der III. Abschnitt ist dem 3. Lebensjahre gewidmet im IV. werden die Erkrankungen des sogenannten neutralen Kindesalters (bis zum achten Lebensjahre) und ihre Verhütung eingehend besprochen, im V. Abschnitt kommt die Schulhygiene und Erziehung zur Besprechung und im VI. Abschnitt wird der Reife eine eingehende Abhandlung gewidmet.

So sehen wir, dass es dem Herausgeber gelungen ist in einem zusammenhängenden Werke alles das zu bringen, was das Kind in hygienischer, diätetischer und erzieherischer Beziehung angehen könnte von dem Momente seines Eintritts ins Leben bis zur Reife. Das Werk soll nach Absicht des Herausgebers eine volkstümlich-medizinische Darstellung von der Pflege des gesunden und kranken Kindes geben. Der Herausgeber bestimmt es einerseits für den Arzt. Diesem soll es dazu dienen in allen sich ihm in Betreff der Pflege, der Prophylaxe von Erkrankungen und Therapie aufdrängenden Fragen den richtigen Weg einzuschlagen. Dem Laien soll es die Möglichkeit geben, durch das Buch vorgebildet, den Verordnungen des Arztes ein richtiges Verständniss entgegenzubringen.

Wir wollen es dem Buche wünschen, dass es diesen Zweck erfüllt. Jedenfalls werden sowohl Arzt als auch der gebildete Laie in ihm so manches beherzigenswerte finden, doch muss zugegeben werden, dass vieles zu speziell besprochen wird, und eine tiefere medizinische Vorbildung zum richtigen Verständniss voraussetzt, wie sie wohl zunächst bei den Eltern und Erziehern noch nicht vorhanden ist. Was den Arzt anbetrifft, so wird er mit Interesse die im Sinne Herausgebers ausgeführten Abhandlungen durchlesen, so manches wird freilich seiner Kritik nicht stand halten können.

Die äussere Ausstattung des Buches ist die bekannte vorzügliche und der Preis für das 512 Seiten grosse Buch mit den zahlreichen recht guten Abbildungen ein äusserst geringer.

Hecker.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der Rektor und Professor der speziellen Pathologie und Therapie an der Universität Tomsk, Dr. Michael Kurlow, ist auf sein Gesuch der erstgenannten Stellung enthoben worden.

— Zum Medizinalinspektor der Hauptverwaltung des dem Ressort des Kabinets Sr. Majestät unterstellten Nertschinskischen Bezirks ist der bisherige Oberarzt des sibirischen Kadettenkorps Dr. Berlinski ernannt worden.

— Die Schwerter zu dem St. Wladimirorden III. Klasse sind dem älteren Arzt des Stabes des Donschen Kosakenheeres Dr. Kalabuchow und dem Brigadearzt der II. Schützenbrigade Dr. Podolski verliehen worden.

— Für ausgezeichnet eifrigen Dienst und Mühewaltung während der Kriegsaktionen ist dem im Dienst des Militär-Medizinalressorts stehenden Ehrenleibmedikus Dr. Nikolai Besrodny der St. Wladimirorden III. Klasse verliehen worden.

— Der ältere Arzt des Shitomirschen örtlichen Lazaretts Dr. Zyss ist auf seine Bitte mit Uniform und Pension verabschiedet worden.

— Professor Dr. Richard Bier, der seit mehreren Monaten am Hofe des türkischen Sultans weilende Assistent des Professors v. Bergmann, hat den Antrag des Sultans angenommen, ganz in dessen Dienste zu treten und nach Konstantinopel überzusiedeln, Prof. Bier wird auch einen Lehrstuhl an der dortigen medizinischen Schule erhalten.

— Dem Direktor des neubegründeten Heidelberger Instituts für experimentelle Krebsforschung Dr. Vincenz Czerny ist der Titel eines ordentlichen Honorarprofessors verliehen worden. Prof. Czerny, der bis zum 1. Oktober d. J. fast 30 Jahre hindurch die Professur für Chirurgie an der Universität Heidelberg inne hatte, wird auch fernerhin seine Lehrtätigkeit an dieser Universität als Honorarprofessor ausüben. Im laufenden Wintersemester liest er ein zweistündiges Kolleg über die «Therapie des Krebses», verbunden mit klinischen Visiten im Institut für Krebsforschung.

— In der Jahressitzung der Moskauer chirurgischen Gesellschaft am 10. Oktober wurden der bisherige Präses Prof. Sinizyn und Vizepräses Prof. Djakonow wiedergewählt und zu Sekretären die Privatdozenten Wenglowski und Napalkow neu gewählt.

— Der Prof. ord. der Augenheilkunde an der Universität Kiel Dr. Karl Völckers tritt mit dem Schluss des Wintersemesters vom Lehramt zurück. Er hat im März dieses Jahres sein 70. Lebensjahr überschritten.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 15. November in Odessa der Oberarzt des dortigen jüdischen Krankenhauses Dr. Moses Josefowitsch nach längerer Krankheit im 65. Lebensjahre. Nach Absolvierung der mediko-chirurgischen Akademie i. J. 1871 wurde er Arzt am jüdischen Krankenhause, an welchem er bis zu seiner Ernennung zum Oberarzt als Ordinator der chirurgischen und gynäkologischen Abteilung fungierte. Im Jahre 1895 zog sich Josefowitsch bei einer Operation eine Blutvergiftung zu, der er beinahe zum Opfer gefallen wäre. Nach diesem Vorfall kränkelte er ununterbrochen, so dass er selbst keine Operation mehr ausführen konnte, dennoch war er, so lange dies seine Kräfte zuliessen, im Krankenhaus als Oberarzt tätig. Der Verstorbene war in früheren Jahren als tüchtiger Chirurg und Geburtshelter in ganz Südrussland bekannt. 2) In Kiew am

30. Oktober Dr. Salman Bychowski an Apoplexie im 43. Lebensjahre. Der Hingeschiedene welcher seit 1891 die Praxis ausübte war Gründer und Leiter eines Privatasyls und einer Hebammenschule in Kiew. 3) In Odessa der Arzt der dortigen Universität Dr. Michael Rasumowski im Alter von 56 Jahren. Seit 1875 Arzt, wurde er 1887 als Ordinator am städtischen Krankenhause angestellt, an welchem er die geburtshülfliche Abteilung leitete. Zugleich fungierte er als Arzt an der Universität und am Nikolai-Institut. Um das Andenken des Verstorbenen zu verewigen, beschlossen die Kollegen, sein Porträt im neuen Gebäude der Gebärabteilung anzubringen. 4) In Warschau der freipraktizierende Arzt aus Grodno Dr. Joseph Jankowski im 68. Lebensjahre nach mehr als 40-jähriger ärztlicher Tätigkeit als Militärarzt. 5) In Rom am 7. Dezember n. St. der bekannte Leibarzt des Papstes, Dr. Giuseppe Lapponi, am Leberkrebs im Alter von 56 Jahren. Er hatte seine Doktorwürde i. J. 1877 in Bologna erlangt und begann seine praktische Tätigkeit als Assistent des Prof. Cartussi; später wurde er als Assistent des damaligen päpstlichen Leibarztes Ceccarelli an den päpstlichen Hof berufen und nach dessen Tode 1888 zum Leibarzt des Papstes Leo XIII. mit dem Titel «Archiatro di Sua Santità» und dem bescheidenen Monatsgehalt von ca. 240 Kronen (= 96 Rbl.) ernannt. Auch Papst Pius X. beliess ihn in derselben hervorragenden Stellung. Der Hingeschiedene galt als einer der vorzüglichsten Aerzte der italienischen Schule und seine ärztliche Autorität stand daher in hohem Ansehen. Er bekleidete auch das Amt eines Universitätsprofessors und las als Professor der Antropologie und gerichtlichen Medizin an der Akademie in Rom, zugleich war er Primararzt am Hospital San Giovanni Calibita. Lapponi ist auch literärisch hervorgetreten; noch vor einigen Monaten veröffentlichte er ein Werk über den Spiritismus und Hypnotismus, dessen streng wissenschaftliche Grundanschauungen allgemeines Aufsehen erregten.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Das Speisehaus der Studenten der militär-medizinischen Akademie ist am 25. November auf Verfügung des Chefs der Akademie wieder auf unbestimmte Zeit geschlossen worden, da die Studenten das Verbot, im Speisehause die Wahl von Studentenältesten vorzunehmen, nicht berücksichtigt haben.

— Die Konferenz der militär-medizinischen Akademie hat der Aerztin L. M. Wlassow nach Verteidigung ihrer Dissertation die Doktorwürde zuerkannt. Frau Wlassow, geb. Horowitz, ist die erste Frau, welche von der mil.-med. Akademie den Doktortitel erhalten hat.

— Der ordentliche Professor der Chirurgie an der militär-medizinischen Akademie, Akademiker Dr. M. Subbotin, ist in der Würde eines Professors emeritus bestätigt worden.

— Der Prof. ord. der Anatomie an der Greifswalder Universität Dr. Robert Bonnet hat einen Ruf an die Bonner Universität als Nachfolger des zum 1. April 1907 vom Lehramt zurücktretenden Professor Dr. Freiherr von La Valette St. George erhalten. Prof. Bonnet ist im laufenden akademischen Jahre Rektor der Greifswalder Universität.

— Zum ordentlichen Professor der Psychiatrie an der Universität Tübingen ist der bisherige Oberarzt der Münchener psychiatrischen Klinik Dr. R. Gaupp ernannt worden.

— Schliessung der Pariser medizinischen Fakultät. Die medizinische Fakultät der Pariser Universität wurde am 17/30. November auf Verfügung des Ministers für acht Tage geschlossen. Grund zu dieser Massnahme waren die heftigen Demonstrationen, deren sich die Studentenschaft unter dem Vorwande schuldig gemacht hat, dass der Dekan der med. Fakultät gegen die Genehmigung eines neuen Lehrstuhls für Nasen- und Halskrankheiten und gegen die Besetzung dieses Lehrstuhls durch eine der Studentenschaft genehme Persönlichkeit agitiere. Aus diesem Grunde haben die Studenten in einer Weise Skandal gemacht, wie sie die Universität seit langem nicht gesehen hat. Wände und Tafeln wurden zertrümmert, Türen eingeschlagen u. s. w. Der Minister hat erklärt, dass er, falls die Unruhen nicht aufhören, die Fakultät vollkommen schliessen werde.

Standesangelegenheiten.

— Festversammlungen zum Andenken an die 25. Wiederkehr des Todestages des berühmten Chirurgen N. P. Pirogow sind am 23. November von medizinischen und gynäkologischen Gesellschaften an vielen Orten des Reiches abgehalten worden. In St. Petersburg fand die Versammlung der Petersburger Aerztevereine und der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit im Pirogow-Museum statt, wo unter dem Vorsitz des Prof. J. P. Pawlow mehrere dem Andenken Pirogow gewidmete Reden gehalten wurden. In Moskau veranstalteten die dortigen medizinischen Vereine in der Universität eine Festsitzung, zu welcher sich gegen 50 Delegationen verschiedener Gesellschaften zur Begrüssung eingefunden hatten. Prof. Lëwschin entwarf in dieser Sitzung ein Lebensbild Pirogows.

— Von dem Tiflisschen Militär-Bezirksgericht wird in nächster Zeit die Klage gegen Dr. Goroberidse wegen seiner als Oberarzt verübten revolutionären Propaganda unter den Soldaten des Tenginschen Regiments zur Verhandlung gelangen.

— Verhaftet sind wegen Beteiligung an politischen Umtrieben: In Homel der Eisenbahnarzt Dr. Nikolai Schebołdajew und in Petersburg der Student der mil.-med. Akademie N. Paromin.

— Der frühere Reichsdumadeputierte Dr. F. A. Kwaszew der von der Gesellschaft Smolensker Aerzte zum Vizepräses gewählt wurde, ist von dem Gouverneur in diesem Amte, nicht bestätigt worden.

— Der Verwaltungsrat der Estländischen Irrenanstalt «Seewald» bei Reval hat den Beschluss gefasst ein zweites Doktorat für den zweiten Anstaltsarzt zu erbauen, dessen Posten schon seit Monaten vakant ist. Jetzt hofft man, bei 2000 Rbl. Honorar nebst freier Familienwohnung endlich Reflektanten auf diesen Posten zu finden. Die Anstellung eines zweiten Arztes ist aber schon dringend nötig, da die Frequenz der Anstalt so stark zugenommen hat, dass man bereits den Bau eines dritten Pavillons in Aussicht genommen hat. Im Augenblick befinden sich 126 Patienten in der Anstalt.

— Deutsche Anstalt für ärztliche Mission. In Frankfurt a./M. fand vor kurzem die begründende Versammlung der «Anstalt für ärztl. Mission» statt, die von 60 Vertretern der deutschen und schweizerischen evang. Mission besucht war. Zweck der Gründung ist, der «Münch. mediz. Wochenschr.» zufolge, die Schaffung einer Stätte für die Ausbildung von Missionsärzten und für die medizinische Schulung von Missionaren in Anlehnung an eine deutsche Universität, die die erforderlichen Vorbedingungen für eine derartige Anstalt bietet und dem Unternehmen freundliche Förderung angedeihen zu lassen bereit ist. Das ist die Universität Tübingen. Für die Erwerbung eines Baugeländes dort sind 30,000 M. von einem Freund der Sache gestiftet worden. Damit die neubegründete deutsche Anstalt für ärztliche Mission ins Leben treten könne, bedarf es der kräftigen Unterstützung aller Freunde der ärztlichen Mission und ihrer überaus grossen Aufgaben. Bis jetzt sind schon Gaben in der Gesammthöhe von etwa 40,000 M. eingegangen, aber nicht eher kann mit dem Bau eines Heims begonnen werden, als bis mindestens 100,000 M. zur Verfügung stehen. Schatzmeister der Anstalt für ärztliche Mission ist die Bankkommandite Hartenstein u. Co. in Kannstatt-Stuttgart.

Verschiedene Mitteilungen.

— Die Meldungen über die Unterernährung in den 21 von der Missernte heimgesuchten Gouvernements und die infolgedessen dort herrschenden Epidemien scheinen übertrieben zu sein, da nach den Berichten des Obermedizinalinspektors im Verlauf einer Woche vom 19.—25. November nur im Kasanschen und Omskischen Gouvernement 17 Erkrankungen am Abdominaltyphus infolge ungenügender Ernährung konstatiert worden sind. In allen übrigen von der Missernte betroffenen Gegenden wurden ähnliche Fälle überhaupt nicht beobachtet, In einem früheren Bericht wurden im ganzen 152 Typhusfälle und einige wenige Erkrankungen an Skorbut und Magenkatarrh mitgeteilt.

— Am 26. November fand hier die Einweihung und Eröffnung des neuen städtischen Typhus-

hospitals auf der Wiborger Seite statt. Das Hospital, das 350 Typhuskranke aufnehmen kann, soll dazu dienen, im Botkinschen Barackenhospital die bisher von Typhuskranken eingenommenen Baracken für scharlach- und diphtheriekranke Kinder freizumachen.

— Die Hauptverwaltung des Roten Kreuzes plant die Durchsicht der Statuten. Beabsichtigt wird die völlige Dezentralisierung der Verwaltung; die Filialen sollen selbständiger werden und durch Hinzuziehung neuer Arbeitskräfte gehoben werden. Ferner wird geplant, die Bauernschaft im Reich für die Beteiligung an den lokalen Institutionen des Roten Kreuzes zu gewinnen.

— Wie aus Paris gemeldet wird, hatten sich zur Prüfung der von Dr. Doyon erzielten Ergebnisse seiner Krebsbehandlung etwa 40 Aerzte eingefunden, denen 11 Patienten vorgestellt wurden, die mit dem Deyen'schen Mittel behandelt worden waren. Bei allen soll eine erstaunliche Besserung der Krankheit gefunden worden sein.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 18. Nov. d. J. 12231 (79 mehr als in der Vorwoche), darunter 1254 Typhus — (44 wen.), 1171 Syphilis — (0 wen.), 550 Scharlach — (31 wen), 297 Diphtherie — (11 mehr), 80 Masern — (17 mehr), und 16 Pockenkranke — (6 mehr als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 12. bis zum 18. Nov. d. J. im ganzen 802 (448 M., 354 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 1, Typhus abdom. 29, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 20, Scharlach 28, Diphtherie 30, Croup 0, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 26, Erysipelas 6, Grippe 7, Katarrhalische Lungenentzündung 90, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 13, Tuberkulose der Lungen 119, Tuberkulose anderer Organe 28, Alkoholismus und Dilirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 44, Marasmus senilis 17, Krankheiten des Verdauungskanals 69, Totgeborene 47.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 19. Dez. 1906.

Tagesordnung:

1. Ungern-Sternberg: Kasuistisches (Pneumonia alba, Leukaemia acuta) und einiges zur Röntgenbehandlung der Leukaemie.
2. Bormann: Ueber Parasiten bei Haarerkrankungen der Kinder.

— Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 18. Dez. 1906.

Tagesordnung:

Petersen: Behandlung des Lupus vulgaris durch Hyperämie nach Bier.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. **R. Wanach** in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 49 St. Petersburg, den 9. (22.) Dezember. **1906.**

Abonnements-Aufforderung.

Die St. Petersburger

Medizinische Wochenschrift

wird auch im Jahre 1907 unter der jetzigen Redaktion und nach dem bisherigen Programm erscheinen. Sie bleibt ihrer Aufgabe getreu, ein Organ für praktische Aerzte zu sein und letztere durch Originalarbeiten sowohl als durch Referate und Besprechungen neu erschienener Werke mit den Ergebnissen zeitgenössischer medizinischer Forschung bekannt zu erhalten. — Wie bisher wird dieselbe als Organ nachstehender Vereine und Gesellschaften fortfahren mit der Veröffentlichung der **Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte**, des **deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg**, der **Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga**, der **medizinischen Gesellschaft zu Dorpat**, der **Gesellschaft Livländischer Aerzte**, der **Estländischen ärztl. Gesellschaft**, der **Gesell. prakt. Aerzte zu Libau** und des **Livländischen ärztl. Rechtsschutzvereins.** — Besondere Aufmerksamkeit wird die Wochenschrift auch fernerhin der **russischen medizinischen Literatur** widmen und in gleicher Weise, wie im vorigen Jahre, auch weiterhin durch **fortlaufende Referate über alle wichtigeren in russ. medizin. Journalen erscheinenden Arbeiten** den mit der russischen Sprache nicht vertrauten Fachgenossen die Einsicht in diese stetig an Bedeutung gewinnende Literatur ermöglichen. — Der **Abonnementspreis** ist incl. Zustellung in **Russland 8 Rbl.** für das Jahr, **4 Rbl.** für ein halbes Jahr; in **den anderen Ländern 20 Mark** für das Jahr, **10 Mark** für ein halbes Jahr. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die Buchhandlung von **C. Ricker in St. Petersburg, Newsky Prospekt Nr. 14, zu richten.**

Zum Kampf mit dem Uteruskrebs.

Von

Dr. Sintenis-Pernau.

(Vortrag, gehalten auf dem 18. livl. Aerztetage in Wolmar).

Meine Herren!

Wenn ich es mir erlaube, heute Ihre Aufmerksamkeit zu lenken auf die Fälle von Uteruskarzinom meiner Privatklinik in Pernau, so werde ich keine Statistik aufbauen auf diese Fälle: es sind ihrer dazu zu wenige!

Ich will mich beschränken auf die eine Seite der Frage, welche auch durch diese kleine Zahl eine grelle Beleuchtung erfährt.

In den 3 Jahren seit Bestehen meiner Privatklinik sind mir 20 Fälle von Uteruskarzinom durch die Hände gegangen. 2 von ihnen scheiden aus, da sie mich erst in der eben verflossenen Woche aufsuchten und ich daher über den weiteren Verlauf nichts sagen kann.

Von den übrigen 18 Fällen kamen 3 gleich total inoperabel zu mir. Es lohnte auch eine Excochleatio nicht mehr, diese konnte wegen unvermeidbarer Verletzung von Blase und Darm eher schaden als nützen.

Excochleiert wurden 6, mit natürlich nur vorübergehendem Erfolge.

Zur Radikaloperation kamen 3 Fälle, die ich mit wenigen Worten charakterisieren will:

Die erste Frau war eine 42-jährige Dritt-Schwangere im dritten Monat und ich bin nicht ganz sicher, ob nicht diese Gravidität etwas mitspielte bei dem Entschluss, sich operieren zu lassen. Uebrigens wurde die Kranke im

Januar 1905 vaginal totalexstirpiert und war vor kurzem noch rezidivfrei.

Bei der zweiten machte ich die abdominale Totalexstirpation. Als ich aber links die Ligaturen bis zur arteria uterina inklusive gelegt hatte, musste ich mich überzeugen, dass es rechts nicht mehr möglich war, das Karzinom zu entfernen! So musste ich die Totalexstirpation beenden, ohne doch das Karzinom ganz entfernt zu haben.

Die Heilung ging glatt von statten und die Frau ist einige Monate sehr wohlauf gewesen, doch scheint in letzter Zeit das Karzinom wieder schnelle Fortschritte zu machen.

Endlich die 8. Frau habe ich erst vor etwas über 14 Tagen operiert. Sie ist glatt genesen und aufgestanden.

Diesen 12 inoperablen, excochleierten und radikal operierten stehen aber nun 6 Frauen gegenüber, welche durchaus operabel waren und die doch zu Grunde gehen — weil sie unter keiner Bedingung, zur Operation zu bringen waren!

2 Frauen wiesen anamnestische und zum Teil auch objektive Symptome auf, welche mit gewisser Deutlichkeit auf ein Korpuskarzinom hinwiesen: keine von ihnen ging auf Austastung und Probeausschabung ein!

Ebensowenig die 4 andren, welche Cervix- und Portiokrebse hatten: sie waren für garnichts zu haben.

Ich habe alle Ueberredungskünste mit allem Ernst und Nachdruck angewandt, habe sie, um ihnen ihr Schicksal zu zeigen, zum Teil zu inoperablen Fällen, die gerade in der Klinik lagen und jetzt vergebens um einen Eingriff baten, hingeführt — es hat alles nichts gefruchtet!

Gleichgültigkeit, diese ewige Hoffnung „es wird schon von selbst besser werden", zum Schluss die Bitte „ehk tohtri — herra parem annab rohtu" („am besten verschreibt der Doktor eine Arznei"!) — dies alles ist unüberwindlich.

Meine Herren, bei nötigen Myomotomien, Plastiken, Eierstockstumoren habe ich diesen Widerstand viel weniger zu fühlen bekommen, gerade beim Karzinom steht es bei weitem am schlimmsten und zwar sind da zwei Faktoren, die in dieser Richtung so unheilvoll wirken.

Erstens glaubt die Frau, die unter ihren Symptomen so wenig leidet, nicht an den Ernst der Situation.

Dass sie einige Monate und Jahre lang blutet, ohne zu Grunde zu gehen und dass sie nun, wo es vielleicht nur ganz unscheinbar tröpfelt — plötzlich ein tötliches Leiden haben soll, das will die Frau, die es trifft, nicht glauben.

Und sieht sie dann den Ernst des Arztes, dämmert ihr ein Licht auf, dass die Sache ernst gemeint ist, dann meint sie: „Krebs ist ja doch nicht zu heilen"!!

Durch diese Stellungnahme der kranken Frauen wird der Uteruskrebs aber erst wirklich zu der absolut unheilbaren Krankheit, für die man ihn hält. Denn die doch immerhin in Deutschland in einem kleinen Prozentsatz wirklich gelingenden Heilungen können unter sotanen Umständen ja garnicht vorkommen.

Ist das votum des Arztes dagegen schon „zu spät"— dann sind auch die subjektiven Beschwerden meist so arge, dass die Frauen zu allem bereit sind — nur ist aber dann die helfende Hand im besten Fall auf Excochleation angewiesen, diese wenn auch palliativ ganz dankbare, so doch quoad Heilung ganz aussichtslose Operation.

Meine Herren! In unserem so mühevollen Beruf sind diese Fälle wohl mit die allererschütterndsten, wo wir Menschen in ihrem unerschütterlichen Gleichmut einem qualvollen Siechtum und rettungslosem Tode entgegengehen sehen — weil Unbildung, Misstrauen und Dummheit es ihnen versagen, die Hilfe zu gebrauchen, welche wir ihnen heutzutage wohl gewähren können!

Sollte da nicht jetzt Ort und Zeit gegeben sein, diesem furchtbaren Uebel auch bei uns zu Leibe zu gehen mit den Waffen, die uns seine Natur allein bisher in die Hand giebt? Diese eine Waffe, die wir haben, ist ja ausschliesslich das Messer aber eben nur, wenn es früh genug in Action tritt. Um von dem ewigen jetzigen „zu spät" auf dieses wünschenswerte „früh genug" zu kommen, müssen wir alle Hebel in Bewegung setzen, dass jede an verdächtigen Symptomen leidende Frau so schnell als möglich dem operierenden Gynäkologen zugestellt wird.

Nur auf diesem Wege lässt sich im Augenblick ein Fortschritt erwarten und wir finden diesen Weg bereits beschritten und wie es scheinen will — mit Erfolg.

Der Vater dieses Gedankens und der erste Kämpfer in diesem Streit ist Prof. Winter in Königsberg, der sich 1902 mit Flugblättern erstens an alle Aerzte Ostpreussens, zweitens an alle Hebammen dort wandte, endlich auch in der Tagespresse direkt auf das Publikum zu wirken suchte, indem er in allgemein annehmbarer Form die Frauen darauf aufmerksam machte, wie unscheinbar die Anfänge dieser tückischen Krankheit sind und wie eine Rettung nur durch schnellste Hilfe eines Operateurs zu finden sei.

Bald folgten die Dresdener gynäkologische Gesellschaft mit ähnlichen Aufrufen für das Königreich Sachsen und dann andere Deutsche Gesellschaften jede in ihrem Umkreis.

In Italien hat die Petsalozzasche Klinik den Kampf in derselben Richtung begonnen.

Es würde Ihre Zeit zu lange in Anspruch nehmen, wollte ich näher auf Form und Inhalt dieser Flugblätter eingehen. Lieber reiche ich Ihnen einiges davon herum. Unser livländischer Aerztetag hat ja schon in mehreren Fragen allgemeingefährlicher Krankheiten mit gutem Erfolge die Initiative ergriffen und sei mir daher der Antrag erlaubt, dass auch in der vorliegenden Sache vom livländischen Aerztetage der erste Schritt geschähe.

Und zwar möchte ich mir erlauben vorzuschlagen, dass eine Gruppe von Aerzten als Redaktionskommission, aber in einer grösseren Stadt, entweder eine der medizinischen Gesellschaften in Dorpat oder Riga oder aber eine ad hoc gewählte Kommission von Fachkollegen einer Stadt die Sache in die Hand bekäme.

Gerade in diesem Kampfe wird eine lokal vereinigte Gruppe mehr leisten können als eine Kommission, deren einzelne Glieder weit verstreut im Lande sitzen.

Denn das, was gesagt werden muss und soll, das haben wir in den Deutschen Schriften ja schon vor uns, es kommt bei uns im wesentlichen nur auf den modus der Verbreitung und die Uebersetzung in die verschiedenen Landessprachen nebst Fühlung mit allen bei uns erscheinenden wichtigeren Blättern heraus!

Ich möchte also den Antrag stellen zum Kampfe gegen den Uteruskrebs auf der Königsberger Basis entweder eine Kommission zu wählen oder aber die Sache einer von den schon bestehenden medizinischen Gesellschaften im Namen des livl. Aerztetages zu übergeben.

Referate.

E. Baumann: Beiträge zur Unterscheidung der Streptokokken. (Münchener med. W. Nr. 25).

Verfasser, der seine Untersuchungen im hygienischen Institut zu Halle angestellt hat, kommt zu folgenden Schlusssätzen:

1) Auf Schottmüller's Blutagar bilden nur sicher pathogene Streptokokken vom Typus des Strept. longus s. erysipelatosus einen deutlichen Resorptionshof, während die aus Speichel, Stuhl und Milch isolierten Stämme keine ausgesprochene Hämolyse auf diesem Nährboden zeigen.

2) Die nicht hämolytischen Streptokokken bilden auf Blutagar teils grünen Farbstoff, teils nicht, ohne besondere Gesetzmässigkeit.

3) In Bouillonkulturen lässt sich bei den pathogenen Streptokokken ebenfalls eine starke hämolytische Wirkung nachweisen.

4) Die Hämolysine treten in den Bouillonkulturen schon meist nach 24 Stunden auf und erreichen nach 1—3 Tagen den höchsten Grad, um meist nach 7—9 Tagen, zuweilen auch nach 14—20 Tagen zu verschwinden.

5) Zur Unterscheidung der Streptokokkenarten ist die Züchtung auf Blutagar dem hämolytischen Versuch in Bouillonkulturen überlegen.

6) Durch Zerlegung von Zuckerarten (Trauben-, Milch- und Rohrzucker) lassen sich keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Streptokokkenstämmen finden.

Weyert.

L. Seitz: Zur Frage der Hebotomie. (Münchener med. W. Nr. 41, 42).

Auf Grund der Erfahrungen, die Seitz bei 8 Hebotomieen (1 Todesfall) in der Münchener Universitäts-Frauenklinik gesammelt hat, macht er darauf aufmerksam, dass die Operation nicht ganz so harmlos ist, wie sie allzu begeisterte Anhänger hinzustellen pflegen. Fieberhafte Störungen des Wochenbettes und Thrombosenbildungen sind weit häufiger als sonst, Blasen- und Scheidenverletzungen sind nicht in allen Fällen zu vermeiden, auch bleiben Schmerzen an der Hebotomiestelle bei angestrengtem Gehen und schwerer Arbeit manchmal längere Zeit zurück.

Todesfälle werden wohl kaum ganz verschwinden, selbst bei zunehmender Erfahrung und exakterer Indikationsstellung. Es erscheint daher verfrüht, die Operation jetzt schon für die allgemeine Praxis zu empfehlen. Bei richtiger Auswahl der Fälle: aseptischer Geburtskanal, nicht zu enge Genitalien (Mehrgebärende) und nicht zu starke Beckenverengerung (nicht unter 7 cm. Conjugata vera) leistet die technisch einfache Operation vorzügliches und ist geeignet, den Kaiserschnitt aus relativer Indikation, die künstliche Frühgeburt und die Perforation des lebenden Kindes nicht zu verdrängen, aber erheblich einzuschränken.

Weyert.

Pässler: Ueber akute Darmtuberkulose unter dem Bilde einer schweren allgemeinen Infektionskrankheit. (Münchener med. W. Nr. 43).

Der erste Fall (44-jähriger Mann) verlief anfangs unter den Erscheinungen eines Typhus, klinisch waren keine tuberkulösen Veränderungen zu konstatieren, nur einige spärliche Bazillen im Sputum. Keine Darmerscheinungen. Bei der Sektion (6 Wochen nach der Aufnahme) fanden sich ausgebreitete, zahlreiche tuberkulöse Geschwüre im Ileum. In beiden Lungenspitzen ältere Herde. Der II. Fall betraf eine 41-jährige Frau und verlief auch unter nicht charakteristischen Symptomen, die noch am ehesten für eine kryptogenetische Sepsis sprachen, da im Blute, ebenso wie im ersten Fall, Staphylokokken gefunden wurden. Im Beginn der Krankheit leichte Darmerscheinungen: Schmerzen, Durchfall, die später verschwanden. Exitus nach 1 Monat. Die Sektion ergab hochgradige Verschwärung der Darmschleimhaut, besonders im Ileum. Frische Miliartuberkulose der Leber und Milz. Der Stuhl war in beiden Fällen nicht auf Tuberkelbazillen untersucht worden.

Weyert.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Die Lungentuberkulose im Hochgebirge. Von Dr. H. Philippi, dirig. Arzt des Neuen Sanatoriums in Davos-Dorf. Stuttgart, Verlag Ferd. Enke, 1906. 304 S.

Die Arbeit ist von grossem Interesse für den praktischen Arzt, namentlich den Phthiseotherapeuten; mit ausserordentlichem Fleisse ist die ganze einschlägige Literatur, deren Verzeichnis über 14 Seiten (280 Nummern) einnimmt, benutzt. Sein eigenes grosses Material hat der Verfasser in der ausgiebigsten Weise verwertet und aus demselben und der benutzten Literatur praeziese Indikationen und Kontraindikationen für das Hochgebirge aufgestellt. Bereits an einer andern Stelle, in dem Buche «Davos, ein Handbuch für Aerzte und Laien», welches von Davoser Aerzten und Gelehrten bearbeitet und 1905 erschienen ist, fanden wir die Indikationen und Kontraindikationen des Hochgebirges von demselben Autor dargestellt; aber hier, in der uns vorliegenden Arbeit, ist das Alles aufs genaueste ausgeführt und durch sorgfältig zusammengestellte statistische Daten erhärtet. Das Ganze zeugt von der sorgfältigen Beobachtung und dem eminenten Fleisse des Verfassers. Den grössten Teil des Buches (bis S. 213) nimmt die genaue Begründung der Indikationen und Kontraindikationen ein. Diesen reihen sich (S. 213—222) wertvolle Winke über die Verhaltungsmassregeln auf der Reise ins Hochgebirge, über die Kurdauer und Heimreise an. Den Schluss des Werkes (S. 238—303) bildet eine Schilderung der Anwendung des alten Koch'schen Tuberkulins in 32 Fällen, aus denen hervorgeht, dass die mit T. behandelten Fälle ein besseres Heilungsresultat aufwiesen, als die ohne T. Von 28 fieberlosen Patienten II. oder III. Stad., welche die Tuberkulinkur mit T. B. im Sputum begannen, verloren 12=42,9 pCt. die T. B., gegenüber 98 fieberlosen Patienten gleicher Stadien, die nicht mit Tuberkulin behandelt wurden, von denen nur 11=11,2 pCt. die T. B. verloren. Was die vom Autor angeführten Versuche mit Perlsucht-Tuberkulin (3 Fälle) betrifft, so bin ich der Meinung, dass die von ihm beobachteten höhern Reaktionen dem von ihm benutzten Präparat zugeschrieben werden dürften. Dagegen entfaltet das C. Spengler'sche Perlsucht-Tuberkulin, meiner Beobachtung nach, geringere toxische Wirkungen. Das Buch ist den praktischen Aerzten, die sich mit den Indikationen fürs Hochgebirge bekannt machen wollen, aufs angelegentlichste zu empfehlen.

Brennsohn-Mitau.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

789. Sitzung am 9. Mai 1906.

Vorsitzender: Blessig. Stellvertr. Sekretär: Fuhrmann.

1. Fuhrmann hält seinen angekündigten Vortrag: zur Frage der Säuglingsernährung. Erscheint im Druck.

Hörschelmann stimmt im grossen und ganzen mit Fuhrmann überein, dass das Stillen seitens der Mutter ein berechtigter Wunsch ist, doch ist die Leichtigkeit mit der in Russland Ammen erhältlich sind recht hinderlich. Das Bestimmen des Milchquantums, das eine Amme am Tage verabreicht ist gewiss von Wert. Doch giebt die chemische Analyse, über die Hörschelmann Erfahrungen durch 20 Jahre gesammelt hat wertvolle Aufschlüsse. Es kommt vor, dass bei reichlicher Sekretion doch nicht genug Nahrung vorhanden ist. Hörschelmann fragt ob Vortragender Erfahrungen über Lactagol hat, er selbst hat stets gute Erfolge erzielt. Ferner wendet Hörschelmann sich mit der Bitte an alle Kollegen, in entsprechenden Fällen nicht zu rasch eine Amme aufzugeben und zurückzuschicken auf scheinbar zu geringe Milchsekretion hin.

Dobbert fragt ob Fuhrmann wirklich dafür ist ein nicht syphilitisches Kind einer in der Gravidität an Lues erkrankten Mutter zum Stillen zu überweisen.

Peters. Peters hat das Lactagol in einigen Fällen angewandt und bei Ammen und unintelligenten Frauen keine Erfolge, bei intelligenten Müttern aber dazwischen recht gute Erfolge erzielt, was er auf psychische Einwirkung zurückführen möchte.

Wichert betont, dass Lahmanns Pflanzenmilch einen sehr guten Zusatz zur Milch bildet, indem dadurch die Milch feinflockiger gerinnt. Wichert schliesst sich der Ansicht an, dass die groben Flocken des Kuhkaseins schädlich auf die Verdauungsorgane des Säuglings wirken.

Hörschelmann hat selbst keine Erfahrung über die Pflanzenmilch, die aber dank dem hohen Preise nur für Be-

mittelte in Betracht käme. Heubners Milchmischung 1:3 enthält ungefähr die gleichen Mengen an Fett und Kasein wie die Frauenmilch.

Küttner hat in der Privatpraxis mit Lactagol fast in allen Fällen gute Erfolge erzielt.

Blessig. Fragt wie man sich gegenwärtig zur Tuberkulosegefahr bei künstlicher Ernährung stelle.

Fuhrmann. Die grosse Angst vor der Verbreitung der Tuberkulose durch Kuhmilch hat in letzter Zeit nur wenig Anhänger. Ueber Lactagol hat Fuhrmann selbst nur geringe Erfahrung, verhält sich aber skeptisch zu dem Mittel, indem er eventuelle Erfolge auf die gleichzeitig verbesserte Lebensführung der Stillenden zurückführt. Wenn bei einem von einer Luetika geborenen Kinde in den ersten Lebenstagen auch keine Anzeichen der Erkrankung nachzuweisen sind, so können solche doch für die nächste Zukunft nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, daher ist es ausgeschlossen ein solches Kind von einer Amme stillen zu lassen. Es muss also die Mutter über die Sachlage aufgeklärt werden und dann darf das Kind, mit Einwilligung der Eltern wohl von der Mutter gestillt werden. Lahmann's Pflanzenmilch hat Fuhrmann nie angewandt. Die Bedeutung des Unterschieds der beiden Kaseine spielt heutzutage bei den berufensten Autoren keine Rolle mehr. Zum Schluss betont Fuhrmann noch einmal, dass die chemische Analyse der Milch keine wesentliche Bedeutung habe.

2. Weber hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Volvulus des S Romanum. Erscheint im Druck.

Fick hat in den Kliniken von Prof. Wahl und Zoege v. Manteuffel vielfach Gelegenheit gehabt Fälle von Volvulus der Flexur zu beobachten, da sie in den Ostseeprovinzen recht oft vorkommen. Den von Weber erwähnten Darmtypus hat Fick nicht gesehen. Ausser der Starrheit der Darmwandung giebt es noch ein anderes Moment, das stärkere Drehungen der Flexur verhindert oder jedenfalls die Abklemmung der Gefässe nicht absolut werden lässt, das ist grosser Fettreichtum des Mesenteriums. Auch ohne den Hirschsprung'schen Typus sieht man daher Volvuli der Flexur, die 8—10 Tage bestanden, ohne dass Gangrän eintrat. Eine Drehung um 180° ist übrigens für die Flexur nicht viel, dabei kann die Zirkulation noch ganz gut erhalten sein.

Heuking. Die Fälle über die Weber referiert hat, weisen nicht die strenge Form eines Strangulationsileus auf, sondern nähern sich doch bedeutend dem Krankheitsbilde eines Obturationsileus. Es fand ja auch der Vortragende als Grund des Ileus keine primären Gefässalterationen der gedrehten Schlinge. (Stauung, Exudation) die für den Strangulationsileus charakteristisch sind, zudem war ja auch der Grad der Drehung der Flexur ein relativ unbedeutender. Diese günstigen Bedingungen mögen das ihrige zu dem guten Verlauf der Fälle beigetragen haben.

In den Fällen der angeborenen Colonhyperplasie (Hirschsprung'sche Krankheit) bei denen es zu ileusartigen Anfällen kommt, hat es sich ja auch stets um Formen gehandelt, die dem Obstruktionsileus viel näher stehen als dem Strangulationsileus, freilich ist der Mechanismus in einzelnen von diesen Fällen besonders kompliziert gewesen durch ventilartige Klappenbildung welche dem Darminhalt die Passage in der einen Richtung wohl, in der anderen nicht mehr gestatteten. (Fall Perthes und einige ähnliche).

Wanach macht darauf aufmerksam, dass auch beim Volvulus coeci fast regelmässig Veränderungen am Mesenterium auftreten. Wanach hat vier Fälle von Volvulus coeci operiert und stets Narben und Schrumpfungen am Mesenterium ileo-coecale commune und ascendens gefunden. Diese Narben fixierten dann das Coecum an einer Stelle während der übrige Teil des Coecum und Colon ascendens beweglich war. Wanach fand auch in einem Fall am Coecum der Hirschsprung'schen Krankheit analoge Veränderungen; das Coecum war kolossal hypertrophisch und dilatiert wie eine Cyste,

Weber giebt zu, dass es sich im 1. Falle wohl mehr um Obturations-, im zweiten Falle aber sicher um Strangulationsileus gehandelt habe. Der Grad der Drehung allein ist noch nicht massgebend, ist der Darm stark erweitert, so ruft auch schon eine geringere Drehung eine Strangulation hervor.

3. Peters demonstriert eine Reihe von Praeparaten von Meningitis cerebrospinalis. Er fand stets eine Eiterung im Epiduralraum. Aehnliche Befunde hat auch Salge während der letzten Epidemie erhoben, die sämtlichen Erscheinungen an den Muskeln führt Peters auf diese Entzündungen zurück durch die die Nervenwurzeln direkt in Mitleidenschaft gezogen werden. Es sind also die Krämpfe und vasomotorischen Erscheinungen keine Gehirnsymptome.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Seinen 70. Geburtstag beging in unverwüstlicher Frische am 3./16. Dezember unser berühmter Landsmann Professor Dr. Ernst v. Bergmann in Berlin, Mitglied des Herrenhauses, Generalarzt à la suite des Sanitätskorps, Direktor des Klinischen Instituts für Chirurgie, Mitglied der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen und des Reichsgesundheitsrates, Vorsitzender des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Preussen. Gleich gross als Arzt, Forscher, Lehrer und Organisator kann v. Bergmann auf eine ungemein fruchtbare Lebensarbeit zurückblicken. Dafür ist ihm auch die Anerkennung und der Dank auf den grossen Feiern, die ihm zu Ehren in Berlin veranstaltet wurden, in reichem Masse zuteil geworden. Auch aus seiner alten Heimat und früheren Wirkungsstätte, den Ostseeprovinzen, sind dem Jubilar zahlreiche Beweise der Verehrung zugegangen. So wurden ihm aus Dorpat durch Professor Dr. Zoege von Manteuffel namens der Universität und der Dorpater medizinischen Gesellschaft, aus Riga durch Dr. P. Klemm Adressen überreicht. Prof. Dr. O. v. Petersen überbrachte im Auftrage der Kaiserin Maria Feodorowna die Glückwünsche des Russischen «Roten Kreuzes». Unsererseits schliessen wir uns den zahlreichen Gratulanten mit dem lebhaften Wunsche an, dass dem verehrten Jubilar, dem auch unsere Wochenschrift in den früheren Jahrgängen wertvolle Beiträge verdankt, die freudige Schaffenskraft noch recht lange erhalten bleiben möge — zum Ruhme der Deutschen Wissenschaft und zum Wohle der leidenden Menschheit.

— Mittelst Allerhöchsten Gnadenbriefes ist der Leibchirurg Seiner Majestät des Kaisers, Wirklicher Geheimrat Dr. Gustav Hirsch, zum Ritter des St. Wladimirordens I. Klasse ernannt worden.

— Der Ober-Militär-Medizinalinspektor Dr. Jewdokimow ist zum Ehrenleibmedikus und der ältere Arzt der 18. Flottenequipage Dr. Timme ist zum Ehrenleibchirurgen des Allerhöchsten Hofes ernannt worden, beide unter Belassung in ihren bisherigen Stellungen.

— Das beständige Mitglied des militär-medizinischen gelehrten Komitees, Leibokulist Dr. Tichomirow ist zum Wirklichen Geheimrat befördert worden.

— Dem beratenden Mitgliede des militär-medizinischen Komitees und Prof. ord. der militär-medizinischen Akademie Dr. Schidlowski ist der St. Annenorden I. Klasse verliehen worden.

— Der Wladimirorden 4. Klasse dem ausseretatmässigen Assistenten des klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna, Kollegienrat Nicolai Stieglitz.

— Der St. Annenorden 2. Klasse dem Komiteemitgliede, Konsultanten und Honorarprofessor desselben Instituts, Staatsrat Joseph Semazki.

— Der St. Stanislausorden 2. Klasse dem Konsultanten und Honorarprofessor desselben Institutes, Staatsrat Wassili Okunew.

— Der Gouvernements-Medizinalinspektor von Tula Dr. Knerzer ist auf sein Gesuch krankheitshalber mit Uniform verabschiedet worden. Zu seinem Nachfolger ist der bisherige Gehülfe des Jaroslawschen Gouvernements-Medizinalinspektors Dr. Bellert ernannt worden.

— Der stellvertretende Gouvernements-Medizinalinspektor von Minsk Dr. Wassilewski ist auf den entsprechenden Posten in Astrachan übergeführt worden.

— Der Oberarzt des Libauschen örtlichen Lazaretts Dr. W. Sawizki ist auf sein Gesuch mit Uniform und Pension verabschiedet worden, unter Beförderung zum wirklichen Staatsrat.

— Den Oberärzten des 36. ost-sibirischen Schützenregiments Dr. Al. Popow und des 3. Transamur-Eisenbahnbattaillons, Dr. S. Ssuschtschinski, ist der St. Wladimirorden III. Klasse verliehen worden.

— Als Nachfolger Prof. v. Bergmanns, der von der Leitung der Berliner chirurgischen Universitätsklinik zurücktreten will, soll Prof. Freiherr v. Eiselsberg in Aussicht genommen sein. Prof. v. Eiselsberg ist bekanntlich ein Schüler Billroths und leitet als dessen Nachfolger die erste chirurgische Klinik der Wiener Universität. Prof. v. Bergmann soll selbst ihn als seinen Nachfolger empfohlen haben.

— An des verstorbenen Prof. Dr. Lapponi Stelle hat der Papst, wie aus Rom telegraphiert wird, den Professor Dr. Marchiafava zu seinem konsultierenden Arzt und Dr. Petacci zu seinem Privatarzt ernannt.

— Die Verteilung der Nobelpreise fand am 10. Dezember n. St., als am Todestag des Stifters in Stockholm statt. Der medizinische Nobelpreis wurde geteilt und, wie wir bereits meldeten, je zur Hälfte dem Professor Ramon y Cajal an der Universität Madrid und dem Professor Camillo Golgi an der Universität Pavia zuerkannt. — Der grosse spanische Anatom und Physiologe Ramon y Cajal nimmt unter den Forschern auf dem Gebiet des Gehirns und der Nerven eine der ersten Stellungen ein. Seine Anschauungen über die Kreuzung der Nervenbahnen, seine Untersuchungen über die Verzweigung der Gehirnnerven und die Bedeutung der Hirnrinde für die Sinnestätigkeit des Menschen sind von grösster Bedeutung für die Physiologie geworden. Die Verdienste Prof. Golgis, derzeitigen Rektors der Universität Pavia, um die Heilkunde bestehen in seinen Forschungen über den Bau der Nerven, deren Fasern er durch ein von ihm entdecktes Verfahren der Tränkung oder Färbung mit Höllenstein sichtbar machte. Später gelang ihm der Nachweis des Entwickelungsganges des Malariaerregers. Er ermittelte auch den Unterschied zwischen den drei verschiedenen Malariaerregern und bestimmte die Einzelheiten der Chininbehandlung, die jetzt in den Maremmen Italiens mit Erfolg angewandt wird. Mit der Verleihung des medizinischen Nobelpreises an Prof. Golgi fällt zum ersten Male ein Nobelpreis einem Italiener zu.

— Der «Livl. Gouv.-Ztg.» zufolge, ist dem Dr. Ernst Hoerschelmann die Genehmigung erteilt worden, die bisher von Dr. Sintenis, der in's Ausland übergesiedelt ist, geleitete chirurgische gynäkologische Klinik nebst Hebammeninstitut in Pernau weiterzuführen. So viel uns bekannt, war Dr. Hoerschelmann in der letzten Zeit Fabrikarzt zu Rappin in Livland.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 28. November in St. Petersburg der Gehilfe des Direktors des St. Olgahospitals hierselbst Dr. Viktor Klimenko im 62. Lebensjahre. Der Hingeschiedene hatte seine ärztliche Ausbildung an der mediko-chirurgischen Akademie erhalten, welche er 1868 mit dem Arztgrade absolvierte, worauf er sich als Arzt in Petersburg niederliess und sich speziell mit der Elektrotherapie beschäftigte. Er gehörte hier zu den bekanntesten Aerzten und bekleidete verschiedene Aemter; so war er Konsultant für Elektrotherapie bei den Anstalten der Kaiserin Maria, Vizepräses des mediko-philanthropischen Komitees, Arzt im Ressort des Gestütwesens und Gehülfe des Direktors des Olgahospitals. 2) In Baku der Arzt am örtlichen Militärlazarett Dr. Leonti Kompanzew im Alter von 37 Jahren. Die Venia practicandi hatte er im Jahre 1893 erlangt. 3) Im Gouvernement Lublin der freipraktizierende Arzt Wazlaw Szczensnowitsch im 33. Lebensjahre nach kaum 5-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 4) In Moskau am 24. November der Ordinator der Moskauer Universitätsklinik Dr. Alexei Jerofejew im Alter von 43 Jahren. Die ärztliche Tätigkeit hat der Verstorbene seit 1891 ausgeübt. 5) Am 10. Dezember n. St. zu Würzburg der Professor der Chirurgie an der dortigen Universität und Direktor der chirurgischen Klinik des Juliushospitals, Dr. Karl Schoenborn, an Pneumonie. Der Hingeschiedene, der seit mehr als 40 Jahren als Arzt und Universitätslehrer gewirkt hat, fungierte auch als Generalarzt à la suite des Sanitätskorps mit dem Range eines Generalmajors.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Warschauer Universität. Bezüglich der in der Presse verbreiteten Gerüchte von der Verlegung der schon längere Zeit geschlossenen Warschauer Universität ist das Informationsbureau autorisiert, folgendes mitzuteilen:

In der Sitzung des Ministerkonseils vom 20. Oktober c. wurde nach Prüfung des Gutachtens des Konseils der Warschauer Universität über die augenblickliche Lage der Hochschule festgestellt, das die Warschauer Universität, abgesehen von ihrer Bedeutung für das Gebiet als wissenschaftliches Institut, vor allem eine staatliche Institution sei, welche den Interessen des ganzen Reichs diene. Daher sei ihre Aufhebung in dieser oder jener Weise unzulässig. Wie schon oft, wird Russland die schwere Zeit überstehen und dann wird auch die temporär unterbrochene Kulturtätigkeit der Warschauer Universität zum allgemeinen Besten wiederhergestellt werden. In Warschau ist eine russische staatliche Universität eröffnet worden, und in Warschau soll sie auch bleiben. Nur während der Zeit, in der sie zur Untätigkeit gezwungen ist, werden ihre Kräfte und Mittel an einem Ort Russlands zum Zweck der Verbreitung der Hochschulbildung ausgenutzt werden. Eine ganze Reihe von russischen Städten ist um die Eröffnung einer Universität in ihrem Weichbilde bemüht; wir nennen hier nur Smolensk, Jaroslaw, Saratow und Rostow a./Don.

— Der Prof. ord. der Anatomie an der Greifswalder Universität Dr. Bonnet hat den Ruf an die Bonner Universität angenommen.

— Der Professor der inneren Medizin an der Akademie für praktische Medizin in Köln Dr. Max Matthes hat den Ruf an die Erlanger Universität abgelehnt.

— Der Direktor der Augenklinik in Breslau Prof. Dr. Wilhelm Uhthoff hat einen Ruf in gleicher Eigenschaft an die Bonner Universität erhalten. Er soll dort den zum 1. April 1907 von seinem Lehramt zurücktretenden Prof. Dr. Saemisch ersetzen.

— Der Privatdozent für Chirurgie und Orthopädie Dr. Alfred Stieda in Königsberg ist zum Oberarzt der chirurgischen Klinik ebendaselbst ernannt worden. Dr. Stieda (geboren 1869 zu Dorpat) ist ein Sohn des Königsberger (früher Dorpater) Anatomen Prof. Dr. Ludwig Stieda. Die Venia practicandi erhielt Alfred Stieda i. J. 1904.

Standesangelegenheiten.

— Ausweisungen von Aerzten. Der Kurländische Gouverneur hat in Anbetracht des schädlichen politischen Einflusses, den der Arzt Ernst Buschewitz (in Dondangen) auf die lettische Bevölkerung ausübt, verfügt, dem genannten Arzte den Aufenthalt in den baltischen Provinzen auf die Dauer des Kriegszustandes zu verbieten. — Ebenso ist der Tuckumer Arzt W. Perlmann zugleich mit seinem Bruder (ein Uhrmacher) und seiner Schwester auf Befehl des baltischen Generalgouverneurs für die Dauer des Kriegszustandes aus den Ostseeprovinzen ausgewiesen worden.

— Das frühere Mitglied der Reichsduma Dr. S. Frenckel ist für Verbreitung illegaler Literatur vom Kiewschen Gouverneur seines Amtes als Chefarzt des hebräischen Krankenhauses in Uman entsetzt worden

— Dem Jaltaschen Arzte W. Ssaltykowski ist für die Zeit des ausserordentlichen Schutzes der Aufenthalt in der Stadt Jalta und dem zugehörigen Kreise von der Administration verboten worden.

— Am 23. November haben in Kiew und Kasan die zum Gedächtnis N. J. Pirogow's geplanten Festsitzungen nicht stattfinden können, da die polizeiliche Erlaubnis zu diesen Sitzungen verweigert wurde.

— Der temporäre Generalgouverneur von Kalisch hat alle Aerzte und Feldscher, sowohl die im Staatsdienste und Privatdienste stehenden, als auch die freipraktizierenden, verpflichtet, von allen durch Feuerwaffen oder explodierenden Substanzen und Geschossen Verwundeten die in ihre Behandlung kommen, sofortige Anzeige der Polizei zu machen. Zuwiderhandelnde werden nach den Gesetzen der Kriegszeit oder auf administrativem Wege mit einem Arrest bis zu 3 Monaten oder einer Geldstrafe bis zu 3000 Rbl. bestraft.

— Ein ärztliches Honorar von 150,000 Kronen (= 60,000 Rbl.) bietet der «B. B.-Ztg» zufolge der als Gründer der «Athener Bank» bekannte reiche griechische Bankier Pesmazoglu, der seit einigen Wochen schwer krank darnieder liegt. Er leidet an Leukämie und die Athener Aerzte haben erklärt, dass er rettungslos verloren sei. Auf Wunsch der Angehörigen haben jedoch die Aerzte an Professor Noorden in Wien, den Nachfolger Nothnagels, einen ausführlichen Krankheitsbericht telegraphiert und den berühmten Kliniker ersucht, sofort nach Athen abzureisen. Das Telegramm kostete nicht weniger als 1000 Kronen und Professor Noorden erhielt die Versicherung, dass ihm bald nach seinem Eintreffen in Athen 150.000 Kronen ausgezahlt werden würden. Ein grösseres Honorar hat wohl, wenn man vom Sultan absieht, noch niemals ein Kranker seinem Arzte angeboten. Professor Noorden hat aber trotzdem die Einladung abgelehnt; als gewissenhafter Arzt teilte er den Angehörigen drahtlich mit, dass er nach dem Krankheitsbericht seinen Besuch für zwecklos halte. Nun wurde von Athen derselbe Krankheitsbericht an einen bekannten Pariser Kliniker telegraphiert; auch ihm

bot man für einen ärztlichen Besuch eine grosse Summe; aber auch er erklärte, dass nach seiner Ueberzeugung jede Hoffnung auf Erhaltung des Lebens aufzugeben sei. Dieser Ansicht scheint der Arzt, an den man sich zuletzt wandte — ein Professor in Lyon — nicht zu sein: er ist sofort nach Athen abgereist, und die Angehörigen des Bankiers haben einen besonderen Dampfer gemietet, der den Hoffnungbringer von Brindisi abholen soll.

Verschiedene Mitteilungen.

— Der Tifliser Arzt Dr. Sokolowski nimmt an der vom Fürsten Demidow-San-Donato ausgerüsteten wissenschaftlichen Expedition an den Nil teil und hat sich zu diesem Zweck bereits nach Paris begeben.

— Krebserzeugung durch Röntgenstrahlen. Während von einer grossen Anzahl Aerzte die Röntgenbehandlung zur Heilung des Hautkrebses empfohlen wird, sind neuerdings Fälle bekannt geworden, wo durch Anwendung der Röntgenstrahlen Krebs direkt erzeugt wurde. Diese Fälle mahnen zur Vorsicht. In der französischen Gesellschaft für Hautkrankheiten wurden zwei Fälle von Gesichtshautkrebs gezeigt, bei welchen die Röntgenstrahlen Schwellung und Zerfall der Ohrspeicheldrüse hervorriefen. Die Untersuchung ergab eine rasch wachsende Krebsgeschwulst. Der Schweizer Chirurg Prof. Wyss sah bei Frauen, die wegen Lupus des Gesichts behandelt wurden, nach mehrmaliger Bestrahlung Hautkrebs sich entwickeln. Diese Geschwülste wurden herausgeschnitten, und die mikroskopische Untersuchung liess erkennen, dass es sich um Krebs handelte. Bf.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 19. Dez. 1906.

Tagesordnung:

1. Ungern-Sternberg: Kasuistisches (Pneumonia alba, Leukaemia acuta) und einiges zur Röntgenbehandlung der Leukaemie.
2. Bormann: Ueber Parasiten bei Haarerkrankungen der Kinder.

— Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 18. Dez. 1906.

Tagesordnung:

Petersen: Behandlung des Lupus vulgaris durch Hyperämie nach Bier.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Zum Zweck der jährlich stattfindenden Kontrolle der Adressen der in der Liste der «St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift» verzeichneten Krankenpflegerinnen ersuchen wir Diese hiermit der Redaktion Ihre jetzigen Adressen mitzuteilen.

Die Redaktion
der „St. Petersburger Med. Wochenschrift".

Der Verwaltungsrat der Gesellschaft zur Fürsorge für Geisteskranke im Gouv. Estland macht hiermit bekannt, dass an der **Irrenanstalt Seewald der Posten eines zweiten Arztes zu besetzen ist.** Gehalt 200 Rbl. monatlich, bei freier Wohnung, Beheizung u. Beleuchtung. Die Stellung ist anzutreten nach Fertigstellung des Wohnhauses im Laufe des Sommers oder früher auf besondere Vereinbarung. Beherrschung auch der estnischen Sprache ist unerlässliche Bedingung. Bewerbungen sind mit Angabe des Bildungsganges zu richten an die Direktion der Anstalt «Seewald». (111) 2—1.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. **Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15**

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 50 St. Petersburg, den 16. (29.) Dezember. 1906.

Siebenter Bericht über die Tätigkeit des Evangelischen Sanatoriums zu Pitkäjärvi.

1. Januar bis zum 31. Dezember 1905.

Von

Direktor Dr. Alexander von Pezold.

Im Evangelischen Sanatorium für Lungenkranke zu Pitkäjärvi sind vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 1905 im ganzen 112 (davon waren zwei Patienten im Laufe das Jahres zwei mal zur Kur) Personen verpflegt worden, von diesen waren 26 aus dem Vorjahre übernommen. 83 haben bis zum 31. Dezember die Anstalt verlassen und verbleiben somit 29 zum 1. Januar 1906.

Die Gesamtzahl der Verpflegungstage beträgt 10159 und zwar sind davon:

Verpflegungstage der Patienten	9404
„ „ Erholungsbedürftigen	21
„ „ Begleitpersonen	375
„ „ Besucher	359
Total	= 10159

Die Frequenzziffer des Evangelischen Sanatoriums für Lungenkranke zu Pitkäjärvi veranschaulicht folgende Kurve, wobei jedoch nur diejenigen gerechnet sind, deren Aufenthalt ohne Unterbrechung sich auf mindestens 1 Monat erstreckte.

Von den 112 (110) Verpflegten waren:

männlichen Geschlechts	45 =	40,9 pCt.
weiblichen Geschlechts	65 =	59,1 „
ledig	64 =	58,2 „
verheiratet	37 =	33,6 „
geschieden	1 =	0,9 „
verwitwet	8 =	7,3 „

Der Konfession nach waren:

Evangelisch-lutherisch	53 =	48,2 pCt.
Reformiert	3 =	2,8 „
Griechisch-katholisch	48 =	43,6 pCt.
Römisch-katholisch	4 =	3,6 „
Mosaisch	2 =	1,8 „

Der Staatsangehörigkeit nach waren:

Russ. Untertanen	aus dem Reiche	51	103 = 93,7 pCt.
	aus d. balt. Prov.	46	
	aus Polen	4	
	aus Finnland	1	
	aus d. Kaukasus	1	

Deutsche Untertanen	1 =	0,9 pCt.
Oesterreichische Untertanen	1 =	0,9 „
Griechische Untertanen	1 =	0,9 „
Türkische Untertanen	1 =	0,9 „
Grossbritanische Untertanen	1 =	0,9 „
Französische Reichsangehörige	1 =	0,9 „
Schweizer Bürger	1 =	0,9 „

Der Nationalität nach waren:

Deutsche	46 =	41,9 pCt.
Engländer	1 =	0,9 „
Franzosen	2 =	1,8 „
Griechen	2 =	1,8 „
Russen	46 =	41,9 „
Polen	1 =	0,9 „
Esten	5 =	4,5 „
Letten	4 =	3,6 „
Grusinier	1 =	0,9 „
Juden	2 =	1,8 „

Dem Stande nach gehörten zum:

Adels- und Exemptenstande	18 =	16,3 pCt.
Literatenstande	46 =	41,9 „
Bürgerstande	40 =	36,3 „
Bauerstande	6 =	5,5 „

In den folgenden Aufzeichnungen sind nur die tuberkulösen Lungenkranken berücksichtigt, welche im Berichtsjahr ihre Kur abgeschlossen haben. Zum Vergleich seien auch die entsprechenden Daten des Vorjahres angegeben.

Die Dauer des Kuraufenthaltes der 76 Patienten, welche im Berichtsjahr zur Entlassung kamen, beträgt 8891 Tage. Da zwei von den Kranken sich bereits nach 10 und 14 Tagen der Behandlung entzogen, so musste diesem Umstand bei den nachfolgenden Angaben, um richtige statistische Erhebungen zu erhalten, entsprechend Rechnung getragen werden. Eine Berücksichtigung dieser Patienten würde kein übersichtliches Bild gestatten. Nach Abzug der Kurtage dieser beiden Insassen bleiben auf 74 Patienten 8867 Kurtage.

Somit ergiebt sich für den Einzelnen eine durchschnittliche Kurdauer von 119,8 Tagen, gegen 91 Tage im Vorjahre. Diese Kurtage verteilen sich auf die einzelnen Stadien in folgender Weise:

Es kamen:

	Berichtsjahr:	Vorjahr:
auf das I. Stadium:	3568 Kurtage	1392 Kurtage
„ „ II. „	2025 „	1570 „
„ III. „	3274 „	2416 „

Durchschnittlich kamen:

	Berichtsjahr:	Vorjahr:
auf das I. Stadium:	118,9 Kurtage	87 Kurtage
„ „ II. „	119,1 „	93 „
„ „ III. „	121,3 „	93 „

In den folgenden Berechnungen werden nur 73 Patienten gezählt, da eine Patientin nach kurzer Unterbrechung zwei mal im Jahr zur Kur war.

Nach dem Lebensalter verteilen sich die 73 Patienten des Berichtsjahres sowie die 59 Patienten des Vorjahres, die ihre Kuren abgeschlossen hatten wie folgt:

Alter:	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
5—10	—	—	1	1,7
10—15	1	1,4	—	—
15—20	6	8,2	8	13,5
20—25	20	27,5	14	23,8
25—30	23	31,5	14	23,8
30—35	9	12,3	8	13,5
35—40	5	6,8	11	18,7
40—45	4	5,5	3	5,0
45—50	3	4,1	—	—
50—55	—	—	—	—
55—60	2	2,7	—	—

Was die Beschäftigung resp. den Beruf anbetrifft, so waren:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Beschäftigungslose	23	31,5	16	27,1
Kontoristen u. Kaufleute	13	17,8	10	17,0
Schüler	6	8,2	2	3,4
Studenten	3	4,1	4	6,8
Lehrer und Lehrerinnen	4	5,5	8	13,6
Juristen	1	1,4	3	5,0
Aerzte	—	—	1	1,7
Ingenieure	1	1,4	—	—
Chemiker	2	2,7	—	—
Pharmazeuten	1	1,4	2	3,4
Zahnärzte	—	—	1	1,7
Fabrikanten	—	—	1	1,7
Landwirte	2	2,7	3	5,0
Journalisten	1	1,4	—	—
Künstler	5	6,8	2	3,4
Beamte	5	6,8	2	3,4
Techniker	—	—	1	1,7
Wirtschafterin	1	1,4	2	3,4
Küchenchef	1	1,4	—	—
Barmherzige Schwestern	2	2,7	—	—
Hebammen	1	1,4	—	—
Handwerker	—	—	1	1,7
Kammerzofe	1	1,4	—	—

Hinsichtlich hereditärer Momente liessen sich folgende Angaben feststellen:

	Berichtsjahr	pCt.	Vorjahr	pCt.
Es waren direkt oder indirekt belastet	39 Fälle	53,4	32 Fälle	54,1
Davon direkt	16 „	22,0	14 „	23,8
Unbelastet waren	34 „	46,6	27 „	45,9

Und zwar litten an Tuberkulose:

	Berichtsjahr	pCt.	Vorjahr	pCt.
Brüder	9	12,3	5	8,5
Schwestern	10	13,7	2	3,4
Brüder und Schwestern	3	4,1	2	3,4
Vater	8	11,0	1	1,7
Mutter	8	11,0	7	11,9
Beide Eltern	—	—	2	3,4
Geschwister des Vaters	2	2,7	6	10,2
Geschwister der Mutter	6	8,2	5	8,5
Grossvater	1	1,4	3	5,0
Grossmutter	5	6,8	3	5,0
Geschwister der Grossmutter	1	1,4	—	—
Urgrossvater	1	1,4	1	1,7
Urgrossmutter	1	1,4	1	1,7

Maligne Tumoren in der Ascendenz konnten in 7 Fällen = 9,6 pCt. (Vorjahr 6 = 10,2 pCt.) eruiert werden.

Es litten an Carcinoma:

	Berichtsjahr	pCt.	Vorjahr	pCt.
Vater	3	4,1	4	6,8
Mutter	2	2,7	1	1,7
Grossvater	1	1,4	—	—
Grossmutter	—	—	1	1,7
Bruder	1	1,4	—	—

Geisteskrankheiten wurden 3 mal = 4,1 pCt. (gegen 5 mal = 8,5 pCt. im Vorjahr) angegeben und zwar:

	Berichtsjahr	pCt.	Vorjahr	pCt.
Beim Vater	1	1,4	—	—
Bei der Mutter	—	—	1	1,7
Beim Bruder	1	1,4	—	—
Bei der Schwester	—	—	1	1,7
Bei der Schwester der Mutter	1	1,4	—	—
Beim Grossvater	—	—	1	1,7
Bei der Grossmutter	—	—	1	1,7

Polymortalität der Geschwister war vorhanden in 10 Fällen = 13,7 pCt. gegen 7 Fälle = 11,9 pCt. des Vorjahres.

Im Einzelnen ergeben sich folgende Kombinationen belasteter Fälle:

1) 330. (254) Der Patient ist das siebente von zehn Kindern, von denen vier ganz klein und ein Bruder im Alter von 18 Jahren an Phthisis florida gestorben. Der Patient war stets ein schwächliches Kind.

2) 361. (323) Die Patientin ist das vierte von sieben Kindern, von denen zwei ganz klein und drei andere Brüder

an Tuberculosis pulm. gestorben sind. Der Vater und der Bruder des Vaters, sowie seine beiden Kinder an Tuberculosis pulm. gestorben.

3) 370. (330) Der Patient ist das erste von drei Kindern. Die Mutter starb an Tuberculosis laryngis und eine Schwester an Phthisis florida.

4) 371. (331) Der Patient ist das sechste von acht Kindern. Der Vater starb an Carcinoma hepatis. Ein Bruder starb an Carcinoma oesophagi und eine Schwester an Phthisis florida.

5) 378. (337) Der Patient ist das vierte von vier Kindern. Alle Geschwister sind klein gestorben. Der Vater starb an Tuberculosis pulm. Mutter-Schwester-Tochter und -Sohn an Tuberculosis pulm. gestorben. Die ganze Familie war sehr nervös. Der Patient selbst war Alkoholiker und starker Raucher.

6) 383. (342) Die Patientin ist das dritte von fünf Kindern. Der Vater ist an Phthisis florida und ein Bruder an Tuberculosis pulm. gestorben. Der Mann starb an Tuberculosis pulm. und die Patientin glaubt von ihm infiziert zu sein.

7) 388. (347) Die Patientin ist das siebente von neun Kindern von denen vier ganz klein und ein Bruder im Alter von 18 Jahren an Tuberculosis pulm. gestorben sind. Der Vater litt an Tuberculosis pulm. und starb an Aneurysma aortae. Die Schwester des Vaters an Phthisis florida gestorben. Die Patientin war schwer überanstrengt im Beruf als Hebamme.

Infektion wurde in 7 Fällen = 9,6 pCt. (Vorjahr 7 Fällen = 11,9 pCt.) angegeben.

	Berichtsjahr pCt.	Vorjahr pCt.
Von Seiten des Ehegatten	1 = 1,4	2 = 3,4
" " " Bruders	1 = 1,4	1 = 1,7
" " " Schwester	1 = 1,4	— = —
" " " Stubengen.	1 = 1,4	1 = 1,7
" " " Berufsgen.	— = —	1 = 1,7
" " " Freundes	2 = 2,7	1 = 1,7
Im Beruf	1 = 1,4 (Pflegerin).	1 = 1,7 (Arzt).

Sonstige prädisponierende Momente für die Erkrankung bestanden in:

	Berichtsjahr: pCt.	Vorjahr: pCt.
Brehmer'scher Belastung *)	10 = 13,7	6 = 10,2
Schwächl. Konstitution	17 = 23,3	23 = 38,9
Gracilem Körperbau	18 = 24,6	13 = 22,0
Habitus paralyticus	9 = 12,3	14 = 23,8
Verkümmertem Thorax	5 = 6,8 (1 Pect. carin.)	7 = 11,9 (5 Pect. carin.)
Skoliosis	1 = 1,4	— = —
Kyphosis	1 = 1,4	3 = 5,0
Kyphoskoliosis	1 = 1,4	3 = 5,0
Raschem Wachstum	1 = 1,4	1 = 1,7
Neigung zu Katarrhen	11 = 15,1	7 = 11,9
Körperlichen Anstrengungen	4 = 5,5	11 = 18,7
Geistigen Anstrengungen	5 = 6,8 (3 Examen)	10 = 17,0 (6 Examen)
Exzessen	3 = 4,1	3 = 5,0
Potatorium	6 = 8,2	2 = 3,4
Lactation	4 = 5,5	— = —
In schlechten hyg. Verhältn.	2 = 2,7	1 = 1,7
Schlechte Esser waren	3 = 4,1	6 = 10,2

*) Brehmer bezeichnete die jüngsten Kinder sehr kinderreicher Ehen als zur Tuberkulose besonders disponiert.

Vor Ausbruch der jetzigen Erkrankung litten an:

	Berichtsjahr: pCt.	Vorjahr: pCt.
Skrophulose	4 = 5,5	6 = 10,2
Tuberkulose and Organe	8 = 11,0	2 = 3,4
Rhachitis	3 = 4,1	3 = 5,0
Chlorose und Anämie	21 = 28,7	12 = 20,3
Agrypnie	2 = 2,7	4 = 6,8
Nervenkrankheiten (bes. Hysterie und Neurasthenie)	10 = 13,7	8 = 13,6
Chron. Magen- und Darmerkrankungen	17 = 23,3	7 = 11,9
Bothriocephalus latus	2 = 2,7	— = —
Ulcus ventriculi	1 = 1,4	— = —
Haemorrhoiden	2 = 2,7	2 = 3,4
Leberleiden	1 = 1,4	— = —
Ikterus	1 = 1,4	2 = 3,4
Typhlitis (Perityphlitis)	1 = 1,4	2 = 3,4
Peritonitis	1 = 1,4	— = —
Chron. gynäkolog. Krankheiten	7 = 9,6	2 = 3,4
Aborte	2 = 2,7	4 = 6,8
Hernien	1 = 1,4	1 = 1,7
Nierenkrankheiten	2 = 2,7	2 = 3,4
Häufige Epistaxis	2 = 2,7	1 = 1,7
Häufige Kopfschmerzen	4 = 5,5	5 = 8,5
Ischias	1 = 1,4	— = —
Nasenleiden	2 = 2,7	1 = 1,7
Empyema antri Highmori	1 = 1,4	— = —
Augenleiden	2 = 2,7	— = —
Otitis media	2 = 2,7	2 = 3,4
Angina	8 = 11,0	2 = 3,4
Laryngitis (1 Stimmbandlähmung).	2 = 2,7	3 = 5,0
Bronchitis u. Tracheitis	9 = 12,3	8 = 13,6
Pleuritis	17 = 23,3	11 = 18,7
Pneumonie	21 — 28,7	15 = 25,4
Pertussis	8 = 11,0	11 = 18,7
Croup	1 = 1,4	1 = 1,7
Parotitis epidemica	2 = 2,7	4 = 6,8
Influenza	18 = 24,6	12 = 20,3
Meningitis	1 = 1,4	— = —
Rubeola	4 = 5,5	1 = 1,7
Varicellae	16 = 22,0	11 = 18,7
Morbilli	52 = 71,2	26 = 44,0
Scarlatina	23 = 31,5	21 = 35,6
Diphtherie	7 = 9,6	13 = 22,0
Variola	1 = 1,4	3 = 5,0
Erysipel	1 = 1,4	— = —
Dysenterie	1 = 1,4	1 = 1,7
Polyarthritis	1 = 1,4	1 = 1,7
Typhus abdominalis	10 = 13,7	8 = 13,6
Typhus exanthematicus	— = —	1 = 1,7
Malaria	5 = 6,8	3 = 5,0
Lues	4 = 5,5	1 = 1,7
Gonorrhöe	13 = 17,8	8 = 13,6
Ulcus molle	1 = 1,4	— = —
Fibroma	1 = 1,4	— = —
Ekzema	1 = 1,4	— = —
Skleroma	— = —	1 = 1,7
Trauma (Fractura claviculae)	3 = 4,1	1 = 1,7
Abszess	1 = 1,4	— = —

Der Beginn der Lungentuberkulose wurde von den Patienten angegeben als vor:

Zeitraum:	Berichtsjahr: pCt.	Vorjahr: pCt.
Vor 1/4 Jahr	8 mal = 11,0	5 mal = 8,5
1/4—1/2 "	6 " = 8,2	7 " = 11,9
1/2—1 "	23 " = 31,5	11 " = 18,7

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
1— 2 Jahr . .	11 mal	= 15,1	11 mal	= 18,7
2— 3 „ . .	7 „	= 9,6	10 „	= 17,0
3— 4 „ . .	6 „	= 8,2	3 „	= 5,0
4— 5 „ . .	3 „	= 4,1	3 „	= 5,0
5— 6 „ . .	2 „	= 2,7	4 „	= 6,8
6— 7 „ . .	1 „	= 1,4	3 „	= 5,0
7— 9 „ . .	1 „	= 1,4	1 „	= 1,7
9—12 „ . .	2 „	= 2,7	— „	= —
12—25 „ . .	3 „	= 4,1	1 „	= 1,7

Der Ausbruch erfolgte im direkten Anschluss an:

	Berichtsjahr: p Ct.	Vorjahr: pCt.
Influenza . . .	13 = 17,8	9 = 15,3
Pneumonie u. Pleuritis	5 = 6,8	7 = 11,9
Bronchitis . . .	4 = 5,5	1 = 1,7
Pertussis . . .	1 = 1,4	— = —
Typhus abdom. .	1 = 1.4	1 = 1,7
Trauma . . .	1 = 1,4	1 = 1,7
Graviditas . . .	2 = 2,7	— = —
Abort	— = —	1 = 1,7
Laktation . . .	3 = 4,1	1 = 1,7
Erkältung . . .	9 = 12,3	7 = 11,9
Morbilli . . .	1 = 1,4	1 = 1,7

Es manifestierte sich die Krankheit mit:

	Berichtsjahr: pCt.	Vorjahr: pCt.
Initialer Haemoptoe.	18 = 24,6	9 = 15,3
Husten allein . . .	12 = 15,1	10 = 17,0
Fieber allein . . .	7 = 9,6	6 = 10,2
Husten und Fieber .	23 = 31,5	30 = 50,8
Husten u. Auswurf .	24 = 32,9	13 = 22,0
Heiserkeit	4 = 5,5	9 = 15,3
Gastrischen Erscheinungen	1 = 1,4	2 = 3,4
Appetitlosigkeit . .	4 = 5,5	10 = 17,0
Abmagerung und Ermüdungsgefühl . .	20 = 27,6	31 = 52,5
Brustschmerzen . .	8 = 11,0	11 = 18,7
Nachtschweissen . .	23 = 31,5	16 = 27,1
Dyspnoe	2 = 2,7	3 = 5,0

Nach dem Grade der Erkrankung unterscheiden wir leichte, mittelschwere und schwere Fälle nach dem von Turban angegebenen Schema.

Turban's Einteilung lautet:

I. Stadium: Leichte, höchstens auf das Volumen eines oder zweier halber Lappen ausgedehnte Erkrankung.

II. Stadium: Leichte, weiter als I, aber höchstens auf das Volumen zweier Lappen ausgedehnte Erkrankung, oder schwere auf das Volumen eines Lappens ausgedehnte Erkrankung.

III. Alle Erkrankungen, die über II hinausgehen.

Es gehörten zum:

Stadium:		Berichtsjahr	pCt.	Vorjahr	pCt.
I	männl.	13	30 = 41,0	5	16 = 27,1
	weibl.	17		11	
II	männl.	8	16 = 22,0	9	17 = 28,8
	weibl.	8		8	
III	männl.	10	27 = 37,0	12	26 = 44,1
	weibl.	17		14	

Was die Lokalisation des Prozesses anbelangt, so waren ergriffen:

	Berichtsjahr: pCt.	Vorjahr: pCt.
Beide Lungen . .	43 = 58,9	40 = 67,8
Rechte Lunge allein	22 = 30,1	15 = 25,4
Linke Lunge allein	8 = 11,0	4 = 6,8

Nach dem Bazillenbefunde war das Ergebnis:

		Berichtsjahr: pCt.	Vorjahr: pCt.
Eintritt / Austritt	positiv	38 = 52	32 = 54,2
Eintritt positiv / Austritt negativ		19 = 26	19 = 32,2
Eintritt / Austritt	negativ	15 = 20,6	8 = 13,6
Eintritt negativ / Austritt positiv		— = —	— = —

Von den 15 Fällen geschlossener Tuberkulose wurde von 7 (gegen 5 im Vorjahr) während ihres Aufenthalts im Sanatorium kein Sputum produziert.

In einem Fall konnte beim Austritt das Sputum nicht untersucht werden.

Das Fieber war:

		Berichtsjahr: pCt.	Vorjahr: pCt.
Eintritt / Austritt	positiv	21 = 28,7	21 = 35,6
Eintritt positiv / Austritt negativ		37 = 50,7	34 = 57,6
Eintritt / Austritt	negativ	15 = 20,6	3 = 5,1
Eintritt negativ / Austritt positiv		— = —	1 = 1,7

Ueber Nachtschweisse beim Eintritt klagten 57 = 78,1 pCt. gegen 45 = 76,3 pCt. im Vorjahr.

Haemoptoen bei der Anamnese wurden in 37 Fällen = 50,7 pCt. gegen 31 = 52,5 pCt. im Vorjahre angegeben, bei zweien bei welchen früher keine Haemoptoen gewesen waren traten in der Anstalt welche ein.

Somit waren im Ganzen 39 Lungenbluter = 53,4 pCt.

Während der Anstaltskur kamen 9 mal = 12,3 pCt. (Vorjahr 4 mal = 6,8 pCt.) Haemoptoen vor, wobei geringe Blutbeimengungen, wie sie wohl bei jedem Tuberkulösen ab und zu im Sputum beobachtet werden, nicht gerechnet worden.

Raucher waren von den 73 Patienten 20 = 27,6 pCt. (Vorjahr 24 = 40,7 pCt.)

In folgenden Tabellen sei die Körperlänge der 72 (Vorjahr 57) Patienten gegeben (bei einer Kranken ist keine Messung vorgenommen worden). Die zweite Tabelle enthält dann die Körpergrösse der 39 Lungenbluter.

Berichtsjahr: Tabelle I.				Vorjahr: Tabelle I.			
Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.	Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.
133	—	—	—	133	—	1	1
138	1	—	1	138	—	—	—
140	—	1	1	140	—	1	1
149	—	1	1	149	—	3	3
150	—	2	2	150	—	—	—
151	—	—	—	151	—	1	1
152	—	3	3	152	—	—	—
153	—	—	—	153	—	1	1
154	—	2	2	154	1	1	2
155	—	—	—	155	—	1	1
156	—	4	4	156	—	—	—
157	—	1	1	157	—	1	1
158	—	4	4	158	1	3	4
159	—	2	2	159	—	2	2
160	—	5	5	160	1	3	4
161	—	3	3	161	—	2	2
162	1	1	2	162	—	4	4
163	—	3	3	163	—	2	2
164	—	—	—	164	—	—	—
165	3	2	5	165	—	2	2
166	1	1	2	166	2	1	3

Berichtsjahr:

Tabelle I.

Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.
167	2	3	5
168	2	1	3
169	3	1	4
170	3	1	4
171	2	—	2
172	3	—	3
173	2	—	2
174	—	—	—
175	1	—	1
176	1	—	1
177	3	—	3
178	1	—	1
179	—	—	—
180	1	—	1
181	—	—	—
182	1	—	1
183	—	—	—
184	—	—	—
185	—	—	—
186	—	—	—
187	—	—	—
188	—	—	—

Berichtsjahr:

Tabelle II.

Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.
133	—	—	—
138	—	—	—
140	—	1	1
149	—	—	—
150	—	1	1
151	—	—	—
152	—	2	2
153	—	—	—
154	—	—	—
155	—	—	—
156	—	1	1
157	—	—	—
158	—	3	3
159	—	2	2
160	—	3	3
161	—	3	3
162	—	—	—
163	—	3	3
164	—	—	—
165	1	1	2
166	—	—	—
167	1	2	3
168	2	1	3
169	2	1	3
170	—	1	1
171	1	—	1
172	2	—	2
173	2	—	2
174	—	—	—
175	—	—	—
176	—	—	—
177	2	—	2
178	—	—	—
179	—	—	—
180	—	—	—
181	—	—	—
182	1	—	1
183	—	—	—
184	—	—	—
185	—	—	—
186	—	—	—
187	—	—	—
188	—	—	—

Vorjahr:

Tabelle I.

Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.
167	—	—	—
168	2	1	3
169	1	—	1
170	2	1	3
171	1	1	2
172	3	—	3
173	1	—	1
174	1	1	2
175	1	—	1
176	1	—	1
177	1	—	1
178	2	—	2
179	1	—	1
180	—	—	—
181	—	—	—
182	—	—	—
183	—	—	—
184	—	—	—
185	—	—	—
186	—	—	—
187	—	—	—
188	2	—	2

Vorjahr:

Tabelle II.

Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.
133	—	—	—
138	—	—	—
140	—	1	1
149	—	2	2
150	—	—	—
151	—	1	1
152	—	—	—
153	—	1	1
154	1	—	1
155	—	—	—
156	—	—	—
157	—	1	1
158	—	2	2
159	—	2	2
160	1	1	2
161	—	1	1
162	—	2	2
163	—	1	1
164	—	—	—
165	—	1	1
166	1	—	1
167	—	—	—
168	1	—	1
169	—	—	—
170	1	—	1
171	1	1	2
172	1	—	1
173	—	—	—
174	1	—	1
175	—	—	—
176	1	—	1
177	1	—	1
178	—	—	—
179	—	—	—
180	—	—	—
181	—	—	—
182	—	—	—
183	—	—	—
184	—	—	—
185	—	—	—
186	—	—	—
187	—	—	—
188	2	—	2

Im Nachstehenden seien die Vergleichszahlen gegeben, welche das Verhältnis der Körperlänge aller gemessenen 72 (Vorjahr 57) Patienten zu der der Lungenbluter illustrieren.

Berichtsjahr:

Körperlänge:	Gesamtzahl:	Lungenbluter:
von 133—140 Cm.	2 2,7 pCt.	1 = 1,4 pCt.
„ 141—150 „	3 4,1 „	1 = 1,4 „
„ 151—160 „	21 28,7 „	11 = 15,1 „
„ 161—170 „	31 — 42,5 „	18 = 24,6 „
„ 171—180 „	14 = 19,2 „	7 = 9,6 „
„ 181—190 „	1 = 1,4 „	1 = 1,4 „

Vorjahr:

Körperlänge:	Gesamtzahl:	Lungenbluter:
von 133—140 Cm.	2 = 3,4 pCt.	1 = 1,7 pCt.
„ 141—150 „	3 — 5,0 „	2 = 3,4 „
„ 151—160 „	16 = 27,1 „	10 = 16,9 „
„ 161—170 „	20 = 34,0 „	8 = 13,6 „
„ 171—180 „	14 — 23,8 „	6 = 10,2 „
„ 181—190 „	2 = 3,4 „	2 = 3,4 „

Entsprechend zeigen dann den Thoraxumfang aller 72 (Vorjahr 57) Patienten und wiederum der Lungenbluter die beiden nächsten Tabellen:

Berichtsjahr:

Tabelle I.

Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.
62	—	—	—
68	1	—	1
69	—	1	1
70	—	—	—
71	—	6	6
72	—	2	2
73	1	3	4
74	—	3	3
75	—	3	3
76	—	3	3
77	—	5	5
78	—	5	5
79	—	5	5
80	1	1	2
81	2	1	3
82	3	1	4
83	3	2	5
84	1	—	1
85	1	—	1
86	4	—	4
87	1	—	1
88	3	—	3
89	3	—	3
90	2	—	2
91	3	—	3
92	—	—	—
93	1	—	1
94	1	—	1
95	—	—	—
96	—	—	—
97	—	—	—
98	—	—	—
99	—	—	—
100	—	—	—

Vorjahr:

Tabelle I.

Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.
62	—	1	1
68	—	—	—
69	—	—	—
70	—	—	—
71	1	2	3
72	—	3	3
73	1	—	1
74	—	2	2
75	—	4	4
76	1	4	5
77	—	1	1
78	1	—	1
79	—	4	4
80	—	—	—
81	3	2	5
82	—	1	1
83	3	—	3
84	1	3	4
85	1	1	2
86	2	2	4
87	2	—	2
88	1	—	1
89	2	3	5
90	1	—	1
91	—	—	—
92	1	—	1
93	—	—	—
94	—	—	—
95	1	—	1
96	—	—	—
97	1	—	1
98	—	—	—
99	1	—	1
100	—	—	—

Berichtsjahr: Tabelle II. Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.	Vorjahr: Tabelle II. Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.
62	—	—	—	62	—	—	—
68	—	—	—	68	—	—	—
69	—	1	1	69	—	—	—
70	—	—	—	70	—	—	—
71	—	3	3	71	1	1	2
72	—	1	1	72	—	1	1
73	—	—	—	73	1	—	1
74	—	1	1	74	—	1	1
75	—	1	1	75	—	2	2
76	—	1	1	76	—	4	4
77	—	2	2	77	—	—	—
78	—	4	4	78	—	—	—
79	—	5	5	79	—	2	2
80	1	1	2	80	—	—	—
81	—	1	1	81	—	2	2
82	3	1	4	82	—	—	—
83	1	2	3	83	1	—	1
84	1	—	1	84	1	2	3
85	—	—	—	85	—	—	—
86	1	—	1	86	1	—	1
87	—	—	—	87	1	—	1
88	3	—	3	88	1	—	1
89	2	—	2	89	2	2	4
90	1	—	1	90	—	—	—
91	1	—	1	91	—	—	—
92	—	—	—	92	1	—	1
93	—	—	—	93	—	—	—
94	1	—	1	94	—	—	—
95	—	—	—	95	1	—	1
96	—	—	—	96	—	—	—
97	—	—	—	97	—	—	—
98	—	—	—	98	—	—	—
99	—	—	—	99	1	—	1
100	—	—	—	100	—	—	—

Der Thoraxumfang aller 72 (Vorjahr 57) Kranken stellt sich zu dem der Lungenbluter wie folgt:

Berichtsjahr:

Thoraxumfang:	Gesamtzahl: pCt.	Lungenbluter: pCt.
von 62— 70 cm.	2 = 2,7	1 = 1,4
„ 71— 80 „	38 = 52,0	20 = 27,6
„ 81— 90 „	27 = 37,0	16 = 22,0
„ 91—100 „	5 = 6,8	2 = 2,7

Vorjahr:

Thoraxumfang:	Gesamtzahl: pCt.	Lungenbluter: pCt.
von 62— 70 cm.	1 = 1,7	— = —
„ 71— 80 „	24 = 40,7	13 = 22,0
„ 81— 90 „	28 = 47,5	13 = 22,0
„ 91—100 „	4 = 6,8	3 = 5,0

Die Exkursion des Thorax bei tiefem Inspirium und forciertem Expirium:

betrug cm.	Berichtsjahr: bei Männern:	bei Frauen:	Zus.:	Vorjahr: bei Männern:	bei Frauen:	Zus.:
1,5	2	3	5	—	2	2
2	4	1	5	2	3	5
2,5	2	4	6	1	5	6
3	3	11	14	4	8	12
3,5	2	5	7	—	3	3
4	3	7	10	8	5	13
4,5	1	2	3	—	—	—
5	7	5	12	1	5	6
5,5	2	—	2	1	—	1
6	2	1	3	1	—	1
6,5	—	—	—	1	—	1
7	1	1	2	—	2	2
7,5	—	—	—	—	—	—
8	1	1	2	2	—	2
8,5	—	—	—	—	—	—
9	1	—	1	2	—	2
9,5	—	—	—	—	—	—
10	—	—	—	1	—	1

Die Diazoreaktion fiel bei 8 Fällen = 11,0 pCt. (Vorjahr 5 = 8,5 pCt.) positiv aus.

Die beim Eintritt in die Anstalt bestehenden tuberkulösen Affektionen anderer Organe bestanden in:

	Berichtsjahr: pCt.	Vorjahr: pCt.
Tonsillitis	1 = 1,4	— = —
Laryngitis	6 = 8,2	9 = 15,3
Pharyngitis	1 = 1,4	— = —
Lymphadenitis	34 = 46,6	28 = 47,5
Pleuritis, Pneumonie	1 = 1,4	— = —
Tuberculosis costae III sinistrne	1 = 1,4	— = —
Enteritis.	5 = 6,8	2 = 3,4
Fistula ani.	1 = 1,4	— = —
Coxitis	1 = 1,4	— = —

Weitere Komplikationen nicht tuberkulöser Art waren:

	Berichtsjahr: pCt.	Vorjahr: pCt.
Chlorose und Anämie	43 = 58,9	19 = 32,2
Nervosität	10 = 13,7	7 = 11,9
Labile Vasomotoren.	4 = 5,5	5 = 8,5
Menstruale Temperatursteigerung	1 = 1,4	— = —
Neurasthenie	13 = 17,8	9 = 15,3
Neuritis.	1 = 1,4	1 = 1,7
Morbus Basedowi	1 = 1,4	1 = 1,7
Struma	2 = 2,7	1 = 1,7
Obstipation.	8 = 11,0	12 = 20,3
Magen- und Darmkatarrh	4 = 5,5	11 = 18,7
Bothriocephalus latus	1 = 1,4	— = —
Dilatatio ventriculi	1 = 1,4	— = —
Ikterus	3 = 4,1	2 = 3,4
Nervöse Dyspepsie	1 = 1,4	1 = 1,7
Haemorrhoiden	1 = 1,4	1 = 1,7
Vitia cordis.	7 = 9,6	4 = 6,8
Tachykardie.	13 = 17,8	5 = 8,5
Arteriosklerose.	2 = 2,7	1 = 1,7
Hernia inguinal.	1 = 1,4	1 = 1,7
Ren mobilis.	3 = 4,1	3 = 5,0
Albuminurie.	12 = 16,5	3 = 5,0
Leber- und Milzschwellungen	7 = 9,6	3 = 5,0
Gynäkologische Leiden.	3 = 4,1	1 = 1,7
Akne und Ekzema	1 = 1,4	— = —
Pityriasis versicolor	— = —	1 = 1,7
Malaria	1 = 1,4	1 = 1,7
Lues und Gonorrhoe. (1 Arthritis gonorrhoica)	1 = 1,4	2 = 3,4
Rhinitis	1 = 1,4	2 = 3,4
Pharyngitis	2 = 2,7	1 = 1,7
Laryngitis	8 = 11,0	7 = 11,9
Häufige Epistaxis.	1 = 1,4	1 = 1,7
Anomalie der arter. rad. dextra	— = —	1 = 1,7
Decubitus	1 = 1,4	— = —

Während der Anstaltskur traten folgende Komplikationen und interkurrente Erkrankungen ein:

	Berichtsjahr:	Vorjahr:
Darmkatarrh . . .	4 = 5,5	— = —
Laryngitis. . . .	1 = 1,4	— = —
Pleuritis	3 = 4,1	2 = 3,4
Pneumonie. . . .	1 = 1,4	1 = 1,7
Influenza	1 = 1,4	— = —
Miliare Ausbreitung	— = —	1 = 1,7
Zahngeschwüre . .	2 = 2,7	1 = 1,7
Furunculosis . .	1 = 1,4	— = —

Mit Tuberculin-Injektionen wurden während ihres Aufenthalts im Sanatorium im Ganzen 11 (=15,1 pCt.) Patienten behandelt, wobei als Anfangsdosis mit 0,005 begonnen wurde, die Resultate waren durchaus zufriedenstellende.

Die gesamte Gewichtszunahme betrug bei 70 zur Berechnung herangezogenen Patienten in 8490 Kurtagen 873 russ. Pfund. Die durchschnittliche Kurdauer dieser 70 Patienten macht 121,3 Kurtage aus (Vorjahr 94 Tage) wobei für den Einzelnen im Durchschnitt sich eine Zunahme von 12,4 russ. Pfund = 5,08 Kilo. (Vorjahr 11,5 Pf. = 4,81 Kilo) feststellen lässt.

Die höchste Zunahme betrug 48 Pfund = 19,66 Kilo in 230 Tagen (Vorjahr 53¹/₄ Pfund = 21,81 Kilo in 108 Tagen), die bedeutendste Abnahme 14 Pf. = 5,74 Kilo in 655 Tagen (Vorjahr 13³/₄ Pfund = 5,63 Kilo in 223 Tagen).

	Berichtsjahr: pCt.	Vorjahr: pCt.
Es hatten zugenommen. .	60 = 82,1	48 = 90,6
„ „ abgenommen .	8 = 11,0	5 = 9,4
Gleichgeblieben waren. .	1 = 1,4	— = —
Das Gewicht konnte nicht bestimmt werden bei .	4 = 5,5	6 = 10,2

Ueber die Gewichtsverhältnisse orientiert folgende Tabelle:

Gewichtsverhältnis nach russ. ℔ bis zu	Berichtsjahr: Zunahme.	Berichtsjahr: Abnahme.	Vorjahr: Zunahme.	Vorjahr: Abnahme.
1	2	3	3	1
2	2	—	1	1
3	—	1	4	1
4	3	—	2	—
5	2	—	—	—
6	1	—	1	1
7	6	1	1	—
8	2	—	1	—
9	4	1	2	—
10	4	—	5	—
11	2	1	1	—
12	—	—	3	—
13	3	—	3	—
14	—	1	4	1
15	3	—	3	—
16	1	—	—	—
17	2	—	2	—
18	2	—	1	—
19	2	—	—	—
20	3	—	1	—
21	2	—	1	—
22	3	—	3	—
23	1	—	1	—
24	—	—	2	—
25	—	—	1	—
26	1	—	—	—
27	—	—	—	—
28	—	—	—	—
29	—	—	1	—
30	—	—	—	—
31	1	—	—	—
32	—	—	—	—
33	—	—	—	—
34	1	—	—	—
35	—	—	—	—
36	—	—	—	—
37	—	—	—	—
38	—	—	—	—
39	—	—	—	—
40	2	—	—	—
41	—	—	—	—
42	—	—	—	—
43	1	—	—	—
44	—	—	—	—
45	—	—	—	—
46	—	—	—	—
47	—	—	—	—
48	2	—	—	—
49	—	—	—	—
50	—	—	—	—
53	—	—	1	—

Die 52 Fälle in denen die Anstaltskur ein positives Resultat ergab, hatten bei einer Kurdauer von 6324 Tagen (Vorjahr 3383 Tagen) im Durchschnitt also 121,6 Tagen (Vorjahr 82 Tagen) eine Gewichtszunahme von 822 russ. Pfund zu verzeichnen, was für den Einzelnen 15,8 Pfund = 6,47 Kilo im Durchschnitt ausmacht (Vorjahr 14 Pfund = 5,73 Kilo).

Bei Beurteilung des Erfolges der Anstaltskur wurde wie in den früheren Berichten als positiver Erfolg bezeichnet, wo eine deutliche Besserung des Lungenbefundes, oder doch, ohne dass sich diese immer mit Sicherheit nachweisen liess, eine wesentliche Hebung des Allgemeinzustandes zu konstatieren war. Bei einzelnen Fällen wurde das Kurergebnis, obgleich das Gesagte zutraf, nicht als positiv notiert, wo hinzugetretene Komplikationen oder Erkrankungen einen Erfolg als fraglich erscheinen liessen. Fälle bei denen sich das Allgemeinbefinden oft trotz bedeutender Gewichtszunahme nur wenig gehoben hatte, wurden unter negativ gerechnet.

Fassen wir kurz die Ergebnisse zusammen, so erweist es sich, dass das Resultat:

	Berichtsjahr: pCt.	Vorjahr: pCt.
positiv	51 mal = 69,9	41 mal = 69,5
gleichgeblieben .	5 „ = 6,8	2 „ = 3,4
fraglich. . . .	4 „ = 5,5	5 „ = 8,5
negativ. . . .	13 „ = 17,8	11 „ = 18,6

Zur Beurteilung von Dauerresultaten bringen die zum Schluss folgenden Tabellen unter Bezugnahme auf die entsprechenden Jahresberichte kurze Nachrichten über das weitere Ergehen früher in der Kur gewesener Patienten, nur soweit diese Angaben zuverlässig erschienen. Leider sind durch die im Berichtsjahre allenthalben im Reiche herrschender unruhigen politischen Verhältnisses die Auskünfte diesmal nur spärlich eingetroffen und ein grosser Teil der Umfragen ist unbeantwortet geblieben.

№	Geschlecht.	Alter.	Art der Erkrankung.	Bestehende Komplikationen.	Resultate beim Austritt.	Wie lange nach Austritt.	Ob noch Beschwerden v. seiten d. Lungen.	Ob Fieber.	Ob Tbbc.	Gewicht. Zunahme.	Gewicht. Abnahme.	Ob im Beruf.	Ob beschäftigungslos.	Ob in der Kur.	Jahresbericht.	Ob gestorben.	Auskunftgeber.
				I. Stadium.													
62 (61)	w.	32	R.	Laryngitis tuberculosa.	?	6 J.	nein	nein	nein	ja	—	ja	—	—	1900	—	Dr. A. F.
64 (62)	w.	19	L.	Skoliosis thoraxis dext.	p.	$6\frac{3}{4}$	»	»	»	»	—	»	—	—	1900	—	Pat. selbst.
68 (65)	m.	29	R.	Anaemia.	p.	$5\frac{1}{2}$	»	»	—	—	15	»	—	—	1900	—	Pat. selbst.
75 (71)	w.	22	R.	Lymphadenitis tuberculosa. Anaemia.	p.	$6\frac{1}{2}$	—	—	—	—	—	—	—	—	1900	†	Schwester.
93 (89)	w.	30	II	Anaemie. Tachycardie. Leichte Erregbarkeit.	p.	$5\frac{3}{4}$	nein	nein	nein	—	—	—	ja	—	1900	—	Pat. selbst.
104 (98)	w.	24	II	Pect. carinat. Tachycardie, Nervosität.	p.	$4\frac{1}{4}$	»	»	»	ja	—	—	»	—	1900	—	Pat. selbst.
106 (100)	w.	38	R.	Hystero-Neurasthenie.	p.	$5\frac{1}{4}$	»	»	»	»	—	—	»	—	1900	—	Gatte.
113 (115)	m.	18	R.	—	p.	5	»	»	»	—	—	ja	—	—	1901	—	Dr. A. v. P.
119 (111)	m.	16	R.	—	p.	$5\frac{1}{2}$	ja	»	ja	—	—	—	—	ja	1901	—	Dr. J.
125 (116)	m.	58	R.	Ulcus laryngis.	=	5	nein	»	nein	ja	—	ja	—	—	1901	—	Dr. E. M.
127 (118)	m.	19	R.	—	p.	5	ja	»	ja	—	8	»	—	—	1901	—	Dr. A. S.
129 (121)	m.	24	R.	—	p.	5	nein	»	nein	1 ℔	—	»	—	—	1901	—	Dr. E. M.
136 (127)	w.	12	L.	Anaemie. Nervosität. Lymphadenitis tub.	p.	5	»	»	»	—	—	Schule	—	—	1901	—	Mutter.
137 (128)	w.	38	R.	Anaemie levis.	p.	$5\frac{1}{2}$	»	»	»	ja	—	ja	—	—	1901	—	Pat. selbst.
153 (144)	m.	53	R.	—	p.	$4\frac{1}{4}$	»	»	»	»	—	»	—	—	1901	—	Dr. O. H.
168 (157)	m.	36	II	Pharyngitis chron. Atheroma capitis.	p.	4	»	»	»	»	—	»	—	—	1902	—	Pat. selbst.
175 (164)	w.	26	L.	Anaemia. Morbus Basedowi.	p.	$3\frac{1}{2}$	»	»	»	—	4 ℔	»	—	—	1902	—	Pat. selbst.
176 (165)	m.	38	R.	Laryngitis simpl. Lues. Labile Vasomotoren.	p.	$3\frac{3}{4}$	»	»	—	ja	—	»	—	—	1902	—	Pat. selbst.
197 (160)	w.	20	II	Sensible Vasomotoren Cephalgien.	p.	$3\frac{1}{2}$	»	»	nein	—	—	»	—	—	1902	—	Pat. selbst.
207 (170)	m.	26	II	Anaemie. Lymphadenitis tub. Nervosität.	p.	$3\frac{1}{4}$	»	»	»	ja	—	»	—	—	1902	—	Pat. selbst.
213 (176)	m.	21	II	Lymphadenitis.	=	3	»	»	»	»	—	»	—	—	1903	—	Dr. E. M.
231 (192)	m.	26	II	Anaemia levis. Lymphadenitis tuberculosa.	p.	$2\frac{3}{4}$	»	»	»	—	—	»	—	—	1902	—	Pat. selbst.
234 (195)	w.	29	R.	Anaemia. Lymphadenitis tub. Ren. mobil. Laryngitis simpl.	p.	$2\frac{3}{4}$	»	»	»		—	»	—	—	1903	—	Pat. selbst.
242 (203)	m.	17	II	—	p.	$2\frac{3}{4}$	»	»	»	—	ja	»	—	—	1903	—	Dr. E. U.

№	Geschlecht.	Alter.	Art der Erkrankung.	Bestehende Komplikationen.	Resultate beim Austritt.	Wie lange nach Austritt.	Ob noch Beschwerden v. seiten d. Lungen.	Ob Fieber.	Ob Tbbc.	Gewicht Zunahme.	Gewicht Abnahme.	Ob im Beruf.	Ob beschäftigungslos.	Ob in der Kur.	Jahresbericht.	Ob gestorben.	Auskunftgeber.
246 (207)	m.	46	R.	Anaemia. Neurasthenia. Magenkatarrh.	p.	2¼ J.	nein	nein	nein	—	1½	ja	—	—	1903	—	Dr. M. K.
257 (221)	w.	23	II	Struma levis. Nasopharyngitis.	p.	2	»	»	»	8½	—	»	—	—	1903	—	Dr. M. K.
265 (227)	w.	22	R.	Anaemie. Hysterie.	p.	1¾	»	»	—	—	20	—	ja	—	1903	—	Dr. E. M.
273 (238)	m.	17	II	Anaemie.	p.	2	»	»	—	3¾	—	ja	—	—	1903	—	Dr. O. W.
301 (269)	w.	22	II	Habitus paralyt. Lymphadenitis. Nervosität.	p.	1¾	»	»	nein	—	ja	»	—	—	1904	—	Dr. L.
304 (272)	w.	20	R.	Anaemia. Lymphadenitis.	p.	1½	»	»	»	—	2½	—	ja	—	1904	—	Dr. M. K.
305 (273)	w.	19	R.	Scoliosis.	p.	1¾	»	»	»	gleich		ja	—	—	1904	—	Pat. selbst.
310 (278)	m.	27	R.	—	p.	1¾	»	»	»	—	9	»	—	—	1904	—	Pat. selbst.
323 (290)	m.	20	R.	Anaemia. Botricephalus latus.	p.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1905	†	Mutter.
327 (252)	w.	27	R.	Nervosität. Anaemie. Lymphadenitis tub.	p.	1¼	nein	nein	nein	—	9	nein	ja	—	1904	—	Pat. selbst.
347 (312)	w.	9	L.	Anaemia. Lymphadenitis tub.	p.	1¼	ja	»	—	—	—	—	—	—	1904	—	Mutter.
376 (335)	m.	21	R.	Ulcus laryngis. Anaemie. Nervosität.	p.	4 Mon.	—	—	—	—	—	—	—	—	1904	†	Angehörige.
				II. Stadium.													
115 (107)	**w.**	**23**	**R.**	**Lymphadenitis. Anaemie.**	**p.**	**5**	—	—	—	—	—	—	—	—	**1901**	†	**Prinzipal.**
138 (129)	**w.**	**34**	**R.**	**Struma. Ren mobil. Ptosis der Abdominal-Organe.**	**p.**	**3½**	**nein**	**nein**	**nein**	—	**ja**	—	**ja**	—	**1901**	—	**Dr. A. v. P.**
139 (130)	**w.**	**26**	**R.**	**Hystero-Neurasthenie. Ren mobil. Sensible Vasomotoren.**	**p.**	**4½**	»	»	»	**20**	—	**ja**	—	—	**1901**	—	**Pat. selbst.**
140 (131)	**m.**	**27**	**II**	**Fistula ani. Leber- und Milztumor.**	**p.**	**4½**	»	»	»	**6**	—	»	—	—	**1901**	—	**Pat. selbst.**
142 (133)	**m.**	**26**	**II**	**Habitus phtisicus. Anaemie. Condylomata penis. Lymphadenitis tub.**	**p.**	**5**	—	—	—	—	—	—	—	—	**1901**	†	**Angehörige**
152 (143)	**w.**	**21**	**L.**	**Darmkatarrh. Sensible Vasomotoren.**	**p.**	**3½**	**nein**	**nein**	—	**9 ℔**	—	**ja**	—	—	**1901**	—	**Dr. J. K.**
154 (145)	**w.**	**21**	**R.**	**Lymphadenitis. Anaemie. Tachycardie. Sensible Vasomotoren.**	**p.**	**4**	**ja**	»	**nein**	**10 ℔**	—	—	**ja**	—	**1901**	—	**Dr. O. H.**
209 (172)	**m.**	**19**	**II**	**Darmkatarrh. Anaemie. Lymphadenitis. Neurasthenie.**	**p.**	**2½**	»	»	**ja**	**gleich**		—		**ja**	**1903**	—	**Dr. E.**
235 (196)	**m.**	**39**	**II**	**Pleuritis.**	**p.**	**3**	**nein**	»	**nein**	**ja**	—	**ja**	—	—	**1903**	—	**Dr. A. v. P.**

№	Geschlecht.	Alter.	Art der Erkrankung.	Bestehende Komplikationen.	Resultate beim Austritt.	Wie lange nach Austritt.	Ob noch Beschwerden v. seiten d. Lungen.	Ob Fieber.	Ob Tbbc.	Gewicht. Zunahme.	Gewicht. Abnahme.	Ob im Beruf.	Ob beschäftigungslos.	Ob in der Kur.	Jahresbericht.	Ob gestorben.	Auskunftgeber.
263 (225)	m.	35	R.	Anaemie.	p.	2 J.	nein	nein	nein	—	5 ℔	ja	—	—	1903	—	Dr. B.
264 (226)	m.	28	II	—	p.	$2^1/_4$	ja	»	?	—	ja	»	—	—	1903	—	Dr. E. v. N.
266 (228)	w.	31	II	Oophoritis.	p.	$2^1/_2$	nein	»	nein	—	—	»	—	—	1903	—	Pat. selbst.
285 (252)	w.	28	R.	Hystero - Neurasthenie. Anaemia. Morbus Basedowi. Laryngitis simpl. Lymphadenitis.	p.	2	»	»	»	—	5	nein	ja	—	1904	—	Pat. selbst
302 (270)	m.	24	II	Anaemie. Labile vasomotoren.	=	$1^1/_2$	»	»	»	gle	ich	ja	—	—	1904	—	Dr. N. K.
312 (270)	m.	24	II	Labile Vasomotoren. Lymphadenitis. Laryngitis.	=	$1^1/_4$	»	»	»	—	3		ja	—	1904	—	Pat. selbst.
136 (283)	m.	27	II	Anaemia. Lymphadenitis. Habitus paralyticus. Ulcus laryngis.	p.	$1^3/_4$	ja	»	»	—	—	—	»	—	1904	—	Dr. H. H.
				III. Stadium.													
91 (87)	m.	14	II	Ekzema.	p.	$2^3/_4$	nein	nein	—	ja	—	ja	—		1900	—	Dr. E. M.
122 (114)	m.	9	R.	Darmkatarrh. Milztumor. Anaemie. Arythmischer Puls.	p.	$5^1/_2$	ja	»	nein	»	—	Schule	—	—	1901	—	Dr. W. K.
130 (83)	m.	33	II	Pharyngo-laryngitis.	p.	$4^1/_4$	»	»	—	»	—	—	ja	—	1901	—	Dr. L.
157 (148)	w.	28	II	Anaemie. Lymphadenitis. Neurasthenie. Ren mobilis. Obstipation. Tachykardie. Laryngitis simpl.	p.	$3^1/_4$	»	»	nein	—	—		—	ja	1901	—	Pat. selbst.
181 (147)	m.	37	II	Lymphadenitis. Icterus. Milztumor. Anaemie. Darmkatarrh. Aorteninsuffizienz.	p.	$3^2/_3$	—	»	»	ja	—	ja	—		1902	—	Pat. selbst.
190 (154)	w.	18	II	Laryngitis u. Lymphadenitis tub. Anaemie. Tachykardie.	p.	$3^1/_2$	nein	»	—	—	8	—	—	ja	1902	—	Dr. V. S.
198 (161)	m.	33	II	Habitus phthisicus. Laryngitis tub. Lymphadenitis.	=	3	ja	»	ja	—	10	—	—	»	1903	—	Pat. selbst.
200 (163)	m.	24	II	Habitus phthisicus. Anaemia. Laryngitis simpl.	p.	3	nein	»	—	—	5	ja	—	—	1903	—	Pat. selbst.
206 (169)	m.	25	II	Laryngitis simpl.	p.	$2^2/_3$	ja	38,0	ja	—	30	—	—	ja	1903	-	Pat. selbst.
210 (173)	w.	27	II	Habitus phthisicus. Lymphadenitis. Hystero - Neurasthenie. Tachykardie.	p.	$2^1/_2$	nein	nein	—	gle	ich	—	ja	—	1903	—	Pat. selbst.
216 (178)	m.	31	II	Lymphadenitis. Anaemie.	p.	3	ja	ja	—	—	5	ja	—	—	1903	—	Dr. J. O.

№	Geschlecht.	Alter.	Art der Erkrankung.	Bestehende Komplikationen.	Resultate beim Austritt.	Wie lange nach Austritt.	Ob noch Beschwerden v. seiten d. Lungen.	Ob Fieber.	Ob Tbbc.	Gewicht. Zunahme.	Gewicht. Abnahme.	Ob im Beruf.	Ob beschäftigungslos.	Ob in der Kur.	Jahresbericht.	Ob gestorben.	Auskunftgeber.
268 (230)	m.	45 J.	II	Anaemia. Laryngitis simpl.	?	1¼ J.	—	—	—	—	—	—	—	—	1904	†	Zeitung.
270 (236)	w.	27	II	Anaemia gravis.	p.	1¾	ja	ja	—	—	7	—	—	—	1904	—	Pat. selbst.
281 (247)	w.	24	L.	Tub. laryngis. Nervosität latus.	n.	2	»	37,4	—	—	—	—	ja	ja	1904	—	Dr. M. K.
286 (253)	w.	35	R.	Anaemia Lymphadenitis tub.	p	1¾	nein	nein	G. № I	37	—	—	ja	—	1904	—	Dr. W. K.
289 (258)	w.	27	II	Anaemia. Habitus paralyt.	p.	2	»	»	—	27	—	—	—	—	1904	—	Dr. D. F.
309 (277)	m.	15	L.	Anaemie. Graciler Körperbau. Obstipation. Lymphadenitis tub.	p.	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1904	†	Zeitung.
322 (289)	w.	18	II	Anaemia. Habitus paralyticus. Enteritis tuberculosa.	=	3 Mon.	—	—	—	—	—	—	—	—	1905	†	Angehörige.
328 (295)	w.	37	II	Anaemia gravis. Tachycardia.	n.	3	—	—	—	—	—	—	—	—	1905	†	Zeitung.
335 (299)	m.	19	II	Anaemia gravis Pectus carinatum. Taxycardie.	n.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1905	†	Zeitung.
363 (325)	m.	30	II	Anaemia gravis. Lues. Phthisis laryngis. Habitus paralyticus.	n.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1905	†	Zeitung.
372 (190)	w.	36	II	Habitus paralyticus. Anaemia. Ikterus. Ren. mobilis. Coxitis. tuberculosa.	=	½ J.	—	—	—	—	—	—	—	—	1905	†	Zeitung.
374 (333)	w.	25	II	Anaemia. Malaria. Lymphadenitis u. Enteritis. Tuberculosis.	n.	2 Mon.	—	—	—	—	—	—	—	—	1905	†	Bekante.
393 (352)	w.	36	L.	Anaemia. Tuberculosis intestin.	n.	1½	—	—	—	—	—	—	—	—	1905	†	Zeitung.
394 (353)	m.	60	R.	Lymphadenitis tub. Pharyngitis simpl.	p.	5	—	—	—	—	—	—	—	—	1905	†	Zeitung.
419 (298)	m.	19	II	Kachexie Decubitus. Lymphadenitis u. Enteritis tubercula.	n.	?	—	—	—	—	—		—	—	1905	†	Bekante.
420 (299)	w.	25	II	Anaemia gravis. Kyphosskaliosis. Schwere Hystero-Neurasthenie. Lymphadenitis u. Enteritis tuberculosa.	n.	?	—	—	—	—	—	—	—	—	1905	†	Angehörige
426 (305)	w.	25	II	Anaemia gravis. Habitus paralyticus. Lymphadenitis u. Enteritis tuberculosa.	n.	?	—	—	—	—	—	—	—	—	1905	†	Angehörige

Prof. Ernst v. Bergmann's 70. Geburtstag.

Es war ein ungewöhnlich glänzendes und wohlgelungenes Fest, welches die Blüthenlese der deutschen Chirurgie, sowie eine zahlreiche Versammlung von Aerzten und Verehrern in der Wohnung des Jubilars am 3./16. Dez. c. vereinte.

Nachdem am 30. Nov./13. Dez. ein grossartiger Fest-Kommers stattgefunden und am folgenden Tage in engerem Kreise verschiedene Aufführungen stattgefunden, begann am 3. Dez. um 11 Uhr die offizielle Gratulation, unter der Leitung des Präses des Fest-Komitees, Generalarzt der Armee Prof. Dr. Schjerning mit dessen Gehülfen Oberstabsarzt Dr. Hamann. In endloser Reihe folgte Deputation auf Deputation, wohl c. 120 an der Zahl von 11—3 Uhr und obgleich das Fest-Komitee dieselben in 5 Gruppen geteilt, um dem Jubilar das Antworten zu erleichtern, liess v. Bergmann es sich nicht nehmen, Jedem zu antworten, in jedem einzelnen Falle auf das Wesen des betreffenden Vereines resp. Deputation eingehend und mit grosser Sachkenntnis das Wichtigste betonend. Es war eine wahre Freude den 70-jährigen Mann so frisch und klar und schön reden zu hören, das wird allen Anwesenden unvergesslich bleiben. Besonders gerührt war v. B., als er den aus seinem Heimatslande herbeigeeilten Deputationen (Prof. v. Petersen aus St. Petersburg, Prof. Zoege v. Manteuffel aus Dorpat, Dr. Klemm und Dr. Sengbusch aus Riga und Baron Mahs aus Odessa) antwortete; mit warmen Worten bezeugte er es. wie er auch heute, trotz aller Ehren und Auszeichnungen Deutschlands, noch mit treuer Anhänglichkeit ans Baltenland geknüpft. Besonders zeigte sich dieses auch in seiner Antwort, die er der Delegation der Aerzte-Akademie von Cöln gab. Freimütig sprach er es aus, dass bei seiner Arbeit der Mitbegründung, er die nötigen Kenntnisse hauptsächlich einem seiner hervorragendsten Schüler, Prof. G. Tiling, der jetzt als Direktor des Klinischen Institutes der Grossfürstin Helene Pawlowna tätig sei, zu verdanken habe.

Die Zahl der angelangten Telegramme betrug so viele Hunderte, dass an ein Verlesen nicht gedacht werden konnte, als bald nach 3 die letzte Abordnung gesprochen. Doch nur kurze Rast konnte sich der Jubilar gestatten.

Um 7 Uhr versammelten sich über 500 Aerzte und Verehrer zu dem Festessen in den neuen Mozart-Sälen am Nollendorfer Platz.

An der Ehrentafel nahm v. Bergmann nebst Gemahlin neben dem Cultusminister v. Studt seinen Platz. An derselben befanden sich ausser seinen Töchtern, seiner Schwiegertochter und Schwiegersohn, noch Exzellenz v. Bitter, Prof. v. Petersen (St. Petersburg) Generalarzt der Marine Dr. Schmidt, Prof. Waldeyer, Prof. theol. Adolph Harnak und Prof. Leyden.

Ein vorzügliches Menu, ein nicht weniger vornehmes Musikprogramm nebst einer Reihe Festlieder lag vor jedem Couvert. Der musikalische Teil wurde von einem Streichorchester unter Leitung des Musikdirektors Voch ausgeführt, dem eine Reihe von Vorträgen des Berliner Lieder-Quartetts folgte.

Eine sehr nachahmenswerte Neuerung bestand darin, dass nur 4 Reden gehalten wurden.

Als Erster erhob sich Exzellenz v. Studt, da v. B. als treuer Arbeiter unter 3 Kaisern gedient und sich hoher Anerkennung derselben stets erfreut habe. Habe doch auch heute S. M. seinen Glückwunsch indem er sich mitten unter die Festgenossen versetzt dachte mit den Worten «Lieber Bergmann» begonnen. Die Rede endete mit einem Hoch auf S. M.

Dann folgte die Festrede seitens Prof. Heubner im Namen der Aerzte. In formvollendeter, mit Humor gewürzter Rede sprach H. über v. Bergmanns Verdienste, wobei er nicht unerwähnt liess wie v. B. eigentlich infolge eines Allerhöchsten Ukases Mediziner geworden. Als er sein Gymnasium beendet, wollte er eigentlich nach althergebrachter Familientradition Theologie studieren, doch da erschien ein Ukas, der mitteilte der Bedarf an Theologen sei derzeitig gedeckt und man solle bis auf Weiteres keine Theologen immatrikulieren. Da blieb denn v. B. nichts Anders übrig als Mediziner zu werden, und das habe er nicht zu bereuen gehabt.

Die 3. Rede hielt der frühere Assistent, Prof. Angerer, der auf die bedeutsame Rolle hinwies, die Frau Prof. v. Bergmann im Leben des Jubilars gespielt, namentlich hob er ihr Vertrauen zur ärztlichen Kunst und ihre sorgsame Pflege hervor, in den Tagen als v. B. so schwer an einer septischen Infektion darnieder lag. Die 4. und letzte Rede, ein wahres Meisterstück der Eloquenz, hielt v. B. selbst, in welcher er seinen Dank aussprach, dem Kaiserhause, den Kollegen, den Assistenten, den zahlreich erschienenen Schülern, sowie auch seiner Familie und seiner Heimat. Wenn er so viel erreicht habe, so verdanke er es seinem Elternhaus, wo wahrer Familiensinn und treuer Bürgersinn, stets Hand in Hand gegangen. Wir leben um zu arbeiten und wir arbeiten um zu leben, das sei der Wahlspruch der Familie v. Bergmann gewesen. Von hohem Interesse war auch das Bild der Entwicklung der medizinischen Wissenschaft in den letzten 50 Jahren, das v. B. aufrollte. Als er zu arbeiten anfing, da hatte kurz vorher Pirogow den Chirurgen mit einem Kartenspieler verglichen, in seiner Arbeit «über das Glück in der Chirurgie». Heute sei die Chirurgie eine vom Glück unabhängige Kunst! Nachdem die Familie v. Bergmann um 11½ sich verabschiedet ging man in die wundervoll ausgestattete Restauration desselben Lokals hinunter und es war recht spät, oder richtiger recht früh als die letzte Gruppe der Festgenossen den Heimweg antrat.

Aber am anderen Morgen um 8¾ Uhr, — da war schon v. Bergmann wieder auf seiner Klinik in voller Arbeit, ein Zeichen, wie sehr er noch der Alte geblieben.

Möge ihm noch manches Jahr der Arbeit beschieden sein, zum Nutzen der Wissenschaft und der zahlreichen Patienten!

P.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Seinen 80. Geburtstag beging am 12./25. Dezember der Professor extraord. der Chirurgie an der Göttinger Universität Dr. Karl Lohmeyer. Seine Lehrtätigkeit hat er bereits vor mehreren Jahren aufgegeben.

— Ordensverleihungen: Der St. Stanislausorden I. Klasse — dem beständigen Mitgliede des militär-medizinischen gelehrten Komitees, Geheimrat Dr. N. Schewelëw und dem Prof. ord. der Physiologie an der mil.-med. Akademie, wirkl. Staatsrat Dr. J. Pawlow; der St. Wladimirorden III. Klasse — dem ordentlichen Professor der Diagnostik an der mil.-med. Akademie, wirkl. Staatsrat Dr. M. Janowski.

— Befördert: Zu wirklichen Staatsräten — die Professoren der mil.-med. Akademie Schawlowski (Anatom), Pawlow (Syphilidolog) und Gundobin (Pädiater); der Abteilungschef der Ober-Militär-Medizinalverwaltung Dr. Glinski und der Oberarzt des Warschauer Hospitals «Zum Kindlein Jesu», Dr. Karwowski.

— Verabschiedet mit Uniform und Pension: die Brigadeärzte Dr. Survillo (auf eigenes Ersuchen) und Dr. Iwanowski (krankheitshalber).

— Der im Alter von 70 Jahren stehende Professor extraord. der Chirurgie an der Breslauer Universität Dr. Emil Richter ist mit Ablauf des Wintersemesters von seinen amtlichen Verpflichtungen entbunden worden.

— Prof. ord. Dr. Ludolf v. Krehl in Strassburg ist zum ordentlichen Professor der Pathologie und Therapie und zum Direktor der medizinischen Klinik in Heidelberg ernannt worden. Zu seinem Nachfolger als Direktor der medizinischen Klinik in Strassburg ist der Giessener Kliniker Prof. Dr. Friedrich Moritz berufen worden und soll den Ruf angenommen haben.

— Der ord. Professor der Augenheilkunde an der Breslauer Universität Dr. Wilhelm Uhthoff, der bekanntlich einen Ruf nach Bonn an Prof. Saemisch' Stelle erhielt, hat sich entschlossen, seinem bisherigen Wirkungskreise treu zu bleiben.

— Für die durch das Ableben Prof. Wilh. Czermaks erledigte Professur für Augenheilkunde an der deutschen Universität in Prag sind vorgeschlagen worden: an erster Stelle Prof. ord. Dr. Ludwig Bach (Marburg), an zweiter Stelle Prof. ord. Dr. Aug. Wagenmann (Jena) und an dritter Stelle Prof. extraord. Dr. Anton Elschnig (Wien).

— Der Moskauer Arzt Dr. M. Firssow ist zum Vorsitzenden des Moskauer Kreislandschaftsamtes gewählt worden.

— Am hiesigen weiblichen medizinischen Institut haben sich mit Genehmigung des Konseils des Instituts als Privatdozenten habilitiert: der frühere Assistent am hygienischen Kabinett der Dorpater Universität Dr. Konstantin Dobrowolski — für Hygiene und Dr. W. Taranuchin — für gerichtliche Medizin.

ailie v. Berg-
ch das Bild der
in den letzten
aiten anfing, da

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 2. Dezember in St. Petersburg der freipraktizierende Arzt Dr. Nikolai Stremer im Alter von 64 Jahren nach 35-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 2) In Ospedaletti, wo er sich zur Kur aufhielt, am 3. Dezember der wirkl. Staatsrat Dr. Georg Wege im 64. Lebensjahre. Der Hingeschiedene leitete hier in früheren Jahren eine pneumatische Heilanstalt. In letzter Zeit hatte er seine ärztliche Tätigkeit aufgegeben und war Gründer und Chef der «Kinovier Ultramarinfabrik. 3) In Moskau am 5. Dezember der Inhaber einer Augenheilanstalt daselbst Dr. Salomon Merkow im 43. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher seit 1890 die ärztliche Praxis ausübte, ist auf der Strasse plötzlich vom Tode ereilt worden. 4) In Minsk der Militärarzt Paul Ponjuschew im 34. Lebensjahre. Die Venia practicandi hatte er im Jahre 1899 erlangt. 5) In Breslau der Privatdozent für innere Medizin an der dortigen Universität Prof. Dr. Alfred Buchwald im Alter von 61 Jahren. Der Verstorbene war Primararzt der inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses und Schriftführer der medizinischen Sektion der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur in Breslau.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Die Dorpater Universität beging am 12. Dezember ihren 104. Stiftungstag wieder in der hergebrachten Weise mit einem Festakt, nachdem im vorigen Jahre — zum ersten Male seit dem Bestehen der Universität — eine öffentliche Feier infolge der politischen Unruhen und der durch sie bedingten Schliessung der Universität in Fortfall gekommen war. Die Festrede hielt, wie die «Nordliv. Ztg.» berichtet, der Zoologe Prof. Dr. Saint-Hilaire über das Werden und Vergehen in der Natur.

Aus dem vom Rektor Prof. Passek sodann verlesenen Bericht über die Lösung der Preisaufgaben geht hervor, dass diesmal nur 4 goldene und eine silberne Medaille zur Verteilung gelangt sind (gegen 10 goldene und 5 silberne Medaillen i. J. 1904). Von der medizinischen Fakultät waren 5 Preisaufgaben gestellt, doch hatte nur eine derselben: «Es ist das Fettöl des Aspidium filix mas zu untersuchen» eine mit der goldenen Medaille gekrönte Bearbeitung durch den stud. med. Arvid Kessler (aus dem Nowgorodschen Gouv.) gefunden.

Dem Jahresbericht der Universität pro 1906 entnehmen wir nachstehend einige wichtigere Daten. Das Lehrpersonal zählte im ganzen 88 Lehrkräfte, darunter 35 ordentliche, 20 ausserordentliche Professoren, 4 Dozenten, 2 Prosektoren, 26 Privatdozenten u. s. w. Die Gesammtzahl der Studierenden betrug zum 1. Dezember d. J. — 1703, von denen 755 der medizinischen Fakultät angehörten. Dazu kommen noch 153 Pharmazeuten, 33 freie Zuhörer und 102 Zuhörerinnen.

Aus der Robert Heimbürger-Stiftung wurde die für dieses Jahr festgesetzte volle Prämie im Betrage von 546 R. 34 Kop., wie wir bereits mitgeteilt haben, der Arbeit des Dr. Hermann Truhart (in Dorpat) «Pankreas-Pathologie» zuerkannt.

Zum Schluss wollen wir nicht unerwähnt lassen die wichtigsten Reformen, welche die Dorpater Universität im verflossenen Jahr erlebt hat, nämlich: die Wahl des Rektors und der Dekane durch das Konseil, die Aufhebung des Inspektorats und Wiedereinführung des Amtes eines Prorektors, die Erweiterung der Bedingungen zur Aufnahme in die Universität und Zulassung von weiblichen Zuhörerinnen.

— Am 20. November fand die erste Entlassung von Aerzten seitens der medizinischen Fakultät der Odessaer Universität statt. Es wurde von 96 Personen (78 Studenten und 18 Externe), die sich den Prüfungen unterzogen, 93 der Arztgrad zuerkannt, und zwar 59 Personen eximia cum laude.

— In einer Dumasitzung der Stadt Saratow, an welcher der Warschauer Professor Nikolski teilnahm, wurde beschlossen, um die Ueberführung der medizinischen Fakultät der Warschauer Universität nach Saratow nachzusuchen.

— Die Stadtverordnetenversammlung von Woronesh hat mit grosser Majorität beschlossen, um Eröffnung einer Universität in Woronesh nachzusuchen und zu diesem Zweck das Grundstück und eine Summe von 950,000 Rbl. anzuweisen.

Standesangelegenheiten.

— Die Chirurgie als Variétékunst. Unter dieser Ueberschrift veröffentlicht die «Deutsche Medizinische Wochenschrift» nachstehende Zuschrift von Dr. Torkel aus Breslau:

«Durch folgende Mitteilung erlaube ich mir, weitere Kreise aufmerksam zu machen auf kinematographische Vorführungen von Operationen der Art, wie ich sie vor einigen Wochen in Freiburg i. Br. zu sehen Gelegenheit hatte. Die Vorstellungen fanden statt in einem sogenannten Bioskop-Theater auf dem Messplatz. Vom üblichen Messbudengeschrei eingeleitet kamen dort zur Schau: Vorführungdes Operationstisches; Wiederholung dieser Vorführungen mit einer aufgelegten nackten weiblichen Person; Ausführung einer Kniegelenkaussägung; Gehirneinstich nach breiter Eröffnung der Schädelkapsel; eine Blasenoperation; eine Unterleibsoperation. Der Ausrufer nannte als Operateur einen bekannten Chirurgen. Für die Richtigkeit dieser Angabe sprechen die verblüffende Technik und, soweit ich aus Bildern weiss, die gut getroffene Person des Operateurs. Erhöht schien die Schnelligkeit noch durch den raschen Abtrieb der Mechanik. Man hatte hier nicht mehr den Eindruck, einen Arzt zu sehen, dem das Wohl des Kranken das höchste Gesetz ist, sondern einen Menschen, der Aufsehen machen will um jeden Preis. Hier war Schnelligkeit, nicht Gründlichkeit der Endzweck. Diese Empfindung hatten auch die neben mir sitzenden Laien, wie ich aus zahlreichen Aeusserungen entnehmen konnte. Die Unterleibsoperation (bei einer Frau) war wegen der gewaltigen Blutung geradezu scheusslich. Mehrere Personen verliessen dabei das Theater. Ich glaube mich nicht zu irren, wenn ich behaupte, dass jeder seinen Stand hochachtende Arzt entrüstet sein wird, wenn er erfährt, in welcher Weise hier ärztliches Können an den Pranger gestellt wird. Die Aufnahmen waren ursprünglich gewiss gemacht, um den Ruhm des Operateurs in marktschreierischer Weise noch zu erhöhen, wozu wahrlich kein Grund vorlag. Zu Lehrzwecken sind die Vorführungen wegen ihrer Kürze und der Hast bei der Ausführung der Operationen völlig unbrauchbar. Aber geradezu verwerflich ist ihre Verwendung wie im vorliegenden Falle. Es liegt mir fern, hier auf den entsittlichenden Einfluss hinzuweisen, den derartige Schaustellungen an solchen Orten auf die halbwüchsigen Zuschauer ausüben, die zahlreich vorhanden waren. Vielmehr möchte ich die massgebenden Stellen durch diese Zeilen veranlassen, Massregeln zu ergreifen, um derartige Aufführungen zu verhindern und sie für die Zukunft unmöglich zu machen. Sie geben ein völlig verzerrtes Bild vom Wesen und der Tätigkeit des Arztes. Wollüstiges Grauen und Abschen vor einer Tätigkeit, die in der vorgeführten Weise nicht mehr als Kunst, sondern als Rohheit erscheint, sind die einzigen Früchte solcher Vorführungen. Zur Variétékunst ist ärztliches Können gottlob doch noch nicht herabgesunken».

Leider nennt Dr. Torkel nicht den Namen des Chirurgen, der in so würdeloser Weise zur Befriedigung seiner Eitelkeit aus seiner Kunst ein Schauspiel für den Pöbel macht. Es dürfte wohl nur der berühmte Pariser Chirurg sein, von dem es bekannt ist, dass er sich in ähnlicher Weise schon hat photographieren lassen, in Brüssel aber, wo er einen chirurgischen Vortrag mit ähnlichen Bildern halten wollte, ausgepfiffen wurde.

— Der Militärarzt Dr. Gogoberidse vom Tenginschen Infanterieregiment ist für regierungsfeindliche Propaganda unter den Soldaten dieses Regiments vom Tiflisschen Bezirksgericht zu einem Jahr Festungshaft verurteilt worden.

— Ausgewiesen sind als politisch unzuverlässige Personen für die Zeit der Geltung des ausserordentlichen Schutzes: aus Jalta der Sanitätsarzt der Stadt Dr. P. Rosanow und die Aerztin A. Gurjan; aus der Staniza Koreis (im Jaltaschen Kreise) der Landschaftsarzt K. Wolkow; aus Wjatka der Ordinator der Gouvernements-Landschaftshospitals Dr. N. Krassowski.

— Dr. Ljubecko, Redakteur der Ukräner Zeitung und Präses der ukränischen Gesellschaft «Proswita», ist verhaftet worden.

— Im Kontor des Krankenhauses der Stadt Balachany (Gouv. Baku) ist bei einem Ueberfall von 4 Räubern auf die Kasse während der Gagenzahlung Dr. Perfiljew verwundet worden, glücklicherweise nicht lebensgefährlich.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— In das Bureau der Gesellschaft der Neuropathologen und Psychiater bei der Moskauer Universität sind für das laufende akademische Jahr gewählt worden: Prof. Dr. W. Roth — zum Präses, Dr. Jakowenko und Privatdozent Dr. Rossolimo — zu Vizepräsides, zu Sekretären der Privatdozent Dr. M. Maltschanow, Privatdozent Dr. Preobrashenski und Dr. A. Bernstein, Privatdozent Dr. Ganuschkin zum Bibliothekar und Dr. Kaschtschenko zum Kassierer. (R. Wr.).

— Der VI. Allrussische Chirurgenkongress wird, wie die «Now. Wr.» erfährt, vom 28. Dezember ab in Moskau tagen.

— Da die Einberufung des fälligen X. Pirogow-Aerztekongresses nach Moskau vom Minister nicht gestattet worden ist, so beabsichtigt die Verwaltung der Gesellschaft russischer Aerzte zum Andenken an N. J. Pirogow diesen Kongress in Helsingfors abzuhalten und ist bereits inbetreff der Räumlichkeiten für den Kongress mit der dortigen Universität in Verhandlung getreten.

Verschiedene Mitteilungen.

— Dr. Alexander Selenkoff, vorm. Konsultant des klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna in St. Petersburg, hat sich, wie wir es aus den Rigaer Blättern ersehen, in Riga als Arzt für hygienisch-diätetische Heilweise (System Dr. Lahmann) und Homöopathie niedergelassen.

— Die Moskauer städtische Sanitätskomission hat beschlossen, in denjenigen städtischen Hospitälern, in welchen bisher keine Zahlungen von Kranken erhoben wurden, Beiträge zu erheben und die Geldmittel, die der Stadtkasse auf diese Weise zufliessen werden, zur Errichtung von Krankenhausabteilungen für den Fall des Auftretens epidemischer Erkrankungen zu verwenden.

Professor Dr. v. Behring hat vor kurzem in Stuttgart in Gegenwart des Königspaares und seiner stattlichen Versammlung einen Vortrag gehalten, in dem er seine Ideen der Tuberkulose-Behandlung öffentlich darlegte, um das grosse Publikum für sie zu gewinnen. Seine Forschungen sind jetzt so weit durchgeführt, dass er mit der praktischen Anwendung ihrer wohlgeprüften Ergebnisse beginnen möchte. Nach langjährigem Studium empfiehlt Behring sein Mittel «Tulaselaktin» in erster Linie zur Präventivbehandlung tuberkulosefreier Milchkinder und erst in zweiter Linie zur kurativen Behandlung tuberkulös infizierter Kinder. Ein ausführlicheres Referat über den Behring'schen Vortrag behalten wir uns für eine der nächsten Nummern vor.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 22. Nov. d. J. 12045 (186 wen. als in der Vorwoche), darunter 1172 Typhus — (82 wen.), 1160 Syphilis — (11 wen.), 551 Scharlach — (1 mehr), 271 Diphtherie — (26 wen.), 89 Masern — (9 mehr), und 15 Pockenkranke — (1 wen. als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 19. bis zum 25. Nov. d. J. im ganzen 793 (439 M., 354 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 27, Febris recurrens 0 Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 28, Scharlach 33, Diphtherie 37, Croup 0, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 33, Erysipelas 3, Grippe 7, Katarrhalische Lungenentzündung 77, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 12, Tuberkulose der Lungen 99, Tuberkulose anderer Organe 27, Alkoholismus und Dilirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 51, Marasmus senilis 18, Krankheiten des Verdauungskanals 68, Totgeborene 48

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 19. Dez. 1906.

Tagesordnung:

1. Ungern-Sternberg: Kasuistisches (Pneumonia alba, Leukaemia acuta) und einiges zur Röntgenbehandlung der Leukaemie.
2. Bormann: Ueber Parasiten bei Haarerkrankungen der Kinder.

— Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 18. Dez. 1906.

Tagesordnung:

Petersen: Behandlung des Lupus vulgaris durch Hyperämie nach Bier.



Zum Zweck der jährlich stattfindenden Kontrolle der Adressen der in der Liste der «St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift» verzeichneten Krankenpflegerinnen ersuchen wir Diese hiermit der Redaktion Ihre jetzigen Adressen mitzuteilen.

Die Redaktion

der „St. Petersburger Med. Wochenschrift".

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frl. **Pauline Winkel**, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. **R. Wanach** in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 51 St. Petersburg, den 23. Dezember (5. Januar). **1906.**

Ueber die oligodynamische Wirkung des Kupfers.

Von

Dr. Leo Berthenson,

(St. Petersburg).

In Veranlassung der von einem Bezirks-Militärmedizinalinspektor eingegangenen Anfrage nach einer Anweisung zur praktischen Verwertung der oligodynamischen Wirkung des Kupfers zur Wasserdesinfektion, beauftragte mich das Militärmedizinische Gelehrte Komitee mit der Abfassung eines Berichts über den gegenwärtigen Stand dieser Frage. Der folgende Abriss bildet das Resultat meiner in Erledigung dieses Auftrages ausgeführten Arbeit.

Unter den Metallen wurde das Kupfer in der Medizin als Heilmittel von spezifischer Eigenschaft bereits zu einer Zeit angewandt, die weit hinter der Entdeckung der Mikroorganismen und deren Rolle in den Gährungs- und Fäulnisprozessen, sowie in den Krankheiten, zurücklag. So ersehen wir aus dem mehrere Jahrhunderte vor Christi Geburt geschriebenen Buche Susruta's (1), dass Eisen- und Kupfervitriol bereits damals bei der Behandlung von Geschwüren der Geschlechtsteile in Anwendung kam. Fallopio äussert sich in seinem Werke „De morbo gallico tractatus" (2) ziemlich eingehend über die Behandlung des gewöhnlichen Schankers mit Kupferpräparaten (Squama aeris — wahrscheinlich Kupferoxyd). Auch von der desinfizierenden Eigenschaft des Kupfers wird in den älteren Handbüchern der Pharmakologie erwähnt.

Empirisch wurde auch in jüngster Zeit und wird bis auf den heutigen Tag das Kupfer zur Behandlung des weichen Schankers, einiger Augenkrankheiten, der Diphtheritis, des Croups etc. gebraucht.

Wissenschaftliche Arbeiten über den Einfluss des Kupfers (seiner Salze) auf Fäulnisprozesse kamen seit Anfang der 80-er Jahre auf. Krajewsky (3) wies darauf hin, dass Kupfervitriol in einer Lösung von 1:160 die Infektion durch septisches Blut aufhebt; nach Rochefontaine (4) verhindern Kupfersalze in einer Verdünnung von 1:1000 das Wachstum von Vibrionen in pflanzlichen Macerationen.

Die erste bestimmtere Angabe über die desinfizierenden Eigenschaften der Reinmetalle stammt aus dem Jahre 1889 von Miller (5), welcher fand, dass das Gold, welches zum Plombieren kariöser Zähne verwandt wird, eine bakterizide Wirkung äussert. Nach ihm hat

auch Behring (6) bekannt gegeben, dass Gold das Wachstum gewisser Bakterienarten (Bac. diphtheriae, anthracis, pyocyaneus) verlangsamt, und auf andere Arten wenig (Vibrio cholerae) oder auch überhaupt nicht (Typhus und Rotz) einwirkt; ausserdem fand Behring, dass auch andere Metalle, vor allem Silber und Quecksilber, ferner auch Kupfer, Nickel und Zink dieselbe Fähigkeit besitzen wie das Gold.

Nach der Mitteilung M. Bolton's (7) verhindern Kupfer, Messing, Silber, Zink, Cadmium, Quecksilber, Antimon und Eisen auf kurze Strecken das Wachstum des Bakterium coli commune auf Agarkulturen.

Vincent (8), der die bakteriziden Eigenschaften der Münzen studierte, gelangte zur Ueberzeugung, dass das Gold in seiner verhältnismässig schwachen keimtötenden Wirkung vom Kupfer und besonders vom Silber übertroffen werde.

Credé und Beyer (9) konstatieren, dass dünne Silberplatten, auf eiternde Wunden oder auf Agarkulturen der Staphylokokken gelegt, in einigen Tagen gelöst werden, wobei das Silber als milchsaures Salz in Lösung geht.

Hermann Thiele und Kurt Wolf (10) fanden, dass ausser Silber und Quecksilber auch Kupfer bakterizide Eigenschaften entfalte.

Die Erklärung dieser antiseptischen Wirkung der Metalle ist eine verschiedene. So ist z. B. Miller (5) geneigt zu glauben, die keimtötende Wirkung der Metalle hänge vom Sauerstoff der Luft ab, welcher sich an ihrer Oberfläche kondensiert; Behring (6) dagegen nimmt an, dass minimale Mengen des Metalls von den Stoffwechselprodukten der Bakterien im Nährboden gelöst werden und auf diese Weise antiseptisch wirken. Auch Hermann Thiele und Kurt Wolf (10) gelangten auf Grund ihrer Versuche zum Schluss, dass die bakterizide Wirkung der Metalle durch Lösen derselben im Nährboden zustande komme. In demselben Sinne äussern sich Credé und Beyer (9). Eine abweichende Ansicht vertritt Syngajewski (11), welcher findet, dass zur Lösung der Metalle gar keine Toxine oder anderweitigen Produkte der bakteriellen Lebenstätigkeit nötig sind, sondern dass das Metall (im vorliegenden Falle — das Silber) sich löst, indem es mit den Eiweisskörpern des Nährbodens Albuminate bildet.

In ganz neuem Lichte erscheint die Frage von der keimtötenden Wirkung der Metalle seit dem Aufkommen der Lehre von den sogenannten oligodynamischen Erscheinungen. Als Begründer dieser Lehre gilt bekanntlich der Botaniker Nägeli (15), welcher in seinen Versuchen an Algen fand, dass Metalle auf dieselben selbst in solchen Verdünnungen, in denen ihre Anwesenheit durch die zu Gebote stehenden Untersuchungsmethoden nicht mehr nachweisbar ist, eine zerstörende Wirkung ausüben.

Von den Nägeli'schen Versuchen soll weiter unten die Rede sein. Zuvor muss ich bemerken, dass Prof. Th. Bokorny und Dr. Loew im Jahre 1885, also lange vor der Veröffentlichung der Arbeit Nägeli's, gefunden hatten, dass man Algen nicht in Gefässen ziehen kann, die einmal zur Aufbewahrung von Kupferlösungen gedient haben, selbst wenn dieselben sorgsam ausgewaschen waren. Im Jahre 1904 hat Bokorny (12) gefunden, dass Algen der Gattungen Spirogyra, Cladophora u. A. in viel Kupfervitriollösung von 1:100,000 in wenigen Stunden absterben; in Lösung von 1:1,000,000 in 24 Stunden zum grössten Teile umkommen; in Lösung von 1:10,000,000 in derselben Zeit in geringerer Zahl zugrunde gehen und endlich in einer Lösung von 1:100,000,000 nach 24 Stunden gewisse pathologische Veränderungen erkennen lassen, sich jedoch bei längerem Verbleiben in der Lösung wieder erholen. Das Nämliche war auch bei einer Lösung von 1:1000,000,000 zu beobachten. Bokorny nimmt an, dass die Algen in den Lösungen von 1 zu 100 und zu 1000 Millionen, in denen sich die anfänglichen Veränderungen wieder ausglichen, abgestorben wären, wenn die Lösungen durch frische von gleicher Konzentration ersetzt worden wären.

Die geschilderten Vorgänge erklärt Bokorny dadurch, dass die Algen das Kupfersalz selbst äusserst verdünnten Lösungen entziehen und in dem Eiweiss ihres Plasmas und ihrer Zellkerne aufspeichern. Von der Anwesenheit des Kupfers in den genannten Teilen der Pflanze kann man sich durch Behandlung mit Schwefelwasserstoff überzeugen: derselbe fällt das Kupfer und färbt die Eiweisssubstanz schwarz.

Die häufig beobachtete deletäre Wirkung des destillierten Wassers auf Algen erklärt Bokorny ebenfalls durch die Anwesenheit von Spuren von Kupfer, welche von kupfernen Destillationsblasen herrühren.

Martin Ficker (13) legt gleichfalls auf Grund seiner im Hygienischen Institut der Leipziger Universität angestellten genauen Versuche dem Kupfer eine ausserordentlich starke oligodynamische Wirkung bei; derselbe fand, dass schwefelsaures Kupfer in einer Lösung von 1:50—60,000,000 noch eine deutliche und bei einer Verdünnung von 1:1 oder 10 Millionen sogar eine sehr starke keimtötende Wirkung ausübt.

P. K. Broschniowski (14), welcher im Laboratorium der Hauptverwaltung des Militärmedizinalwesens unter Leitung Dr. I. Raptschewsky's „den Einfluss verschiedener Stoffe auf die Erhaltung der Lebensfähigkeit der an denselben haftenden Bakterien" studierte, konnte sich davon überzeugen, dass den Metallen eine sehr starke desinfizierende Fähigkeit innewohnt, und dass Kupfer und Silber in dieser Hinsicht am wirksamsten sind.

Was die oligodynamische Wirkung betrifft, so verhält sich Broschniowski zu derselben offenbar skeptisch, denn er sagt Folgendes: „Wir sehen in den Versuchen mit Gold und Silber eine energische desinfizierende Wirkung dieser Metalle ohne irgend welche sichtliche Beteiligung derselben. Die aufgetragenen Emulsionen lösen offenbar minimale Mengen dieser Metalle, welche wahrscheinlich mit den Produkten der Lebensprozesse der Bakterien Verbindungen eingehen, die den letzteren schädlich sind. Vergleichen wir die Wirkung der beiden genannten Metalle mit derjenigen des Zinkes, Kupfers und Eisens, sagt Broschniowski, so müssen wir bemerken, dass die eine Gruppe in für uns sichtbarer, die andere in unmerklicher Weise die Bakterien beeinflusst, doch ist das Wesen der Einwirkung augenscheinlich ein und dasselbe: die Metalle treten mit der die Bakterien und ihre Stoffwechselprodukte enthaltenden Emulsion in Wechselwirkung und liefern Verbindungen, welche die Lebensfähigkeit der Bakterien schnell vernichten".

Indem ich nun zur Frage von der oligodynamischen Wirkung der Metalle zurückkehre, kann ich nicht umhin ausführlich bei den Versuchen Nägeli's zu verweilen.

Wie bereits erwähnt, gebührt Nägeli das Verdienst, den Einfluss minimaler Mengen löslicher Substanzen auf lebende Zellen erforscht zu haben. Die Resultate seiner Forschung sind in der nach seinem Tode aufgefundenen Arbeit „Ueber oligodynamische Erscheinungen in lebenden Zellen" (15) enthalten.

Der Arbeit von Martin Ficker „Ueber Lebensdauer und Absterben von pathogenen Keimen" (13) entlehne ich die nachfolgenden Daten welche den Sinn

und die Bedeutung der Nägeli'schen Beobachtungen erkennen lassen.

Dieser Gelehrte stellte sich zunächst das Ziel, die Angaben von Loew und Bokorny, dass Silberlösungen nicht durch totes, sondern durch lebendes Protoplasma reduziert werden, nachzuprüfen. Zu seinen Versuchen bediente er sich ebenso wie die genannten Autoren, der Süsswasseralgen, hauptsächlich der grünen, fadenförmigen Spyrogyrae. Nachdem er sich von der Richtigkeit der nachgeprüften Beobachtungen überzeugt hatte, fand er bei weiterer Verdünnung der Silberlösungen, dass das dabei eintretende Absterben des Protoplasmas von Erscheinungen begleitet wird, welche ganz andere sind als diejenigen, die beim gewöhnlichen Absterben beobachtet werden. Die Vorgänge, welche das gewöhnliche Absterben begleiten, nahmen mit der weiteren Verdünnung der Lösungen ab, die andersartigen, ganz ungewöhnlichen Veränderungen dagegen, welche hauptsächlich in Abtrennung der Spiralbänder vom Plasmaschlauch (eine Erscheinung, die niemals bei Einwirkung eines chemischen Giftes beobachtet wird) bestand, traten deutlicher hervor; ausserdem nahmen die letzteren auch bei weiterer Verringerung der Giftmenge, ja selbst bei vollständiger Beseitigung des Giftes nicht ab.

Bei seinen Arbeiten mit Sublimatlösungen gewann Nägeli (15) die Ueberzeugung, dass eine Lösung von 1 : 1,000,000 bereits keine chemische Giftwirkung besitzt, und dass von hier ab die oligodynamische Wirkung zu Tage tritt, welche bei einer weiteren septillionmal grösseren Verdünnung erhalten bleibt. Da die Wirkung mit der Verdünnung der Lösung nicht schwand, konnte dieselbe nicht von einer Kraft abhängen, welche vom Gifte auf das Wasser übergegangen war. Sie konnte folglich nur vom Wasser oder vom Glase stammen. Als Nägeli Versuche mit destilliertem Wasser anstellte, starben die Algen (Spyrogyrae) in demselben schnell, in weniger als 4 Minuten. Brunnenwasser lieferte häufig ein gleiches Resultat.

Nägeli (15) suchte nun nach der Ursache der deletären Wirkung des destillierten Wassers, sowie desjenigen Wassers, welches gemeiniglich als rein bezeichnet wird, und dachte zunächst an chemische Einflüsse, aber weder Kohlensäure noch Ammoniak, Ozon, salpetrige Säure oder endlich Schwefelsäure erwiesen sich als die Ursache; anderseits stellte sich heraus, dass Metalle, wie z. B. Kupfer, Silber, Blei, Zinn u. a. dem Wasser oligodynamische Eigenschaften verleihen. Um Wasser oligodynamisch zu machen bediente sich Nägeli vor allem gut gereinigter Kupfermünzen. Wurden in solches Wasser unlösliche Stoffe, wie Graphit, Russ, Filtrierpapier, Watte, Paraffin, Stearinsäure gebracht, so nahmen die oligodynamischen Erscheinungen entweder ab oder sie schwanden. Zu demselben Resultat, wie das Einbringen von Filtrierpapier führte auch die Hinzufügung neuer Algenzellen: die Spirogyren widerstanden den verderblichen oligodynamischen Einflüssen um so eher, je mehr ihrer im gegebenen Wasserquantum vorhanden waren *).

Micellarlösliche Verbindungen, wie Gummi, Dextrin, Leim, wirkten ebenfalls neutralisierend. Ferner fand Nägeli, dass die Beteiligung des Glases am Auftreten der olygodynamischen Wirkung ungleich war, und erklärt dieses durch Nachwirkung eines mit dem Glase in Berührung gewesenen Stoffes; so erwies sich z. B., wenn er einige Goldmünzen in Wasser legte und nach einigen Tagen wieder entfernte, dass das Glas nach Ausgiessen des Wassers und gründlicher Spülung oligodynamische Wirkung angenommen hatte. Kupfer besitzt ebenfalls eine Nachwirkung, welche selbst nach 3 bis 4-maliger Benutzung des Glases zu Kulturzwecken, wenn auch in schwachem Grade, zu Tage tritt.

Da es Nägeli nach all diesen Versuchen unmöglich schien, dass die oligodynamische Wirkung von in Lösung befindlichen Stoffen abhängig sein sollte, richtete er seine ganze Aufmerksamkeit auf imponderable Ursachen. Allein weder der Wärme, noch dem Lichte konnte er eine selbstständige Wirkung beimessen, und die Wärme spielte bei Temperaturerhöhung nur insofern eine Rolle, als bei Annäherung an das Temperaturoptimum der Absterbungsprozess beschleunigt wurde. Später gewann Nägeli die Ueberzeugung, die oligodynamische Wirkung werde durch ein neues, noch unbekanntes Agens bedingt, und äusserte sich in diesem Sinne in einer Sitzung der Bairischen Akademie der Wissenschaften. Als Nägeli sodann seine Versuche wieder aufnahm, entdeckte er, dass reines Gold und Platina dem Wasser keine oligodynamischen Eigenschaften verliehen; die früheren positiven Resultate mit Platina erklärte er durch Nachwirkung der zu den Kulturen verwandten Gefässe, denn es gelang ihm durch Reinigung mit Salpetersäure oder durch langes Auskochen, den Gefässen die genannte Eigenschaft zu entziehen. Die letzteren Versuche führten zur Voraussetzung, das wirksame oligodynamische Agens sei ein in Wasser schwer löslicher Körper, z. B. Kupfer. Bei der chemischen Untersuchung von 10 Litern deutlich oligodynamischen Wassers fand Nägeli im Rückstande Blei, Zink, Kupfer und Eisen. Um zu erfahren, welche Menge von Metall zur Wirkung notwendig sei, brachte Nägeli 12 Zweipfennigstücke in 12 Liter neutralen destillierten Wassers. Nach 3—4 Tagen enthielten 10 Liter Wasser 0,00013 grm. Kupfer, d. h. 1,3 Teile Kupfer auf 100,000,000 T. Wasser oder 1 T. auf 77,000,000. Auf Grund sämtlicher Daten kam Nägeli zum Schluss, dass die oligodynamischen Eigenschaften des Wassers in allen Fällen auf eine Wirkung der in demselben gelösten Stoffe zurückzuführen sei. Dabei bleibt allerdings das Auftreten der Nachwirkung in gläsernen Gefässen, sowie das Aufhören derselben beim Hineinbringen unlöslicher Körper rätselhaft. Offenbar ist diese Erscheinung durch die schwere Löslichkeit des Metalles zu erklären: legt man das Kupfer ins Wasser, so lösen sich Teilchen des ersteren los, verteilen sich im Wasser, und bleiben auch an den Wandungen des Glases haften; mit der Konzentration der Lösung nimmt die Zahl der so anhaftenden Teilchen zu. Die Gesamtmenge des Kupferbelags ist um so grösser, je umfangreicher die Oberfläche des Gefässes im Verhältnisse zum Wasser ist. Werden unlösliche Körper zur Neutralisation der oligodynamischen Wirkung des Wassers hineingebracht, so wird die Oberfläche vergrössert und dadurch die Konzentration der Flüssigkeit verringert. Das Phänomen der Nachwirknng erklärt sich demnach durch Bildung eines Kupferbelags an den Gefässwänden, welcher nicht nur durch Bürsten, sondern auch durch mehrfachen Gebrauch des Gefässes oft schwer zu entfernen ist. Von einer solchen Nachwirkung konnte Nägeli sich auch bei Anwendung von Kupfer, Silber und Quecksilbersalzlösungen überzeugen.

Das verschiedene Verhalten des destillierten und des Quellwassers erklärt Nägeli so: ist ein Wasser inaktiv, so heisst es, dass dasselbe nicht mit Metallen in Berührung gewesen ist, und umgekehrt, ist eine oligodynamische Wirkung vorhanden, so war solches der Fall.

Zum Schluss spricht Nägeli auf Grund seiner Beobachtungen sich dahin aus, dass die oligodynamische

*) Die Beobachtung ist von Bokorny bestätigt worden. In der oben erwähnten 1904 veröffentlichten Arbeit (12) teilt derselbe mit, dass ein einzelner Spirogyrafaden in einer Kupfersulfatlösung von 1 : 1,000,000 in 24 Stunden abstirbt, dagegen 10 Gramm Spirogyrafäden in demselben Quantum derselben Lösung noch nach 2—3 Wochen am Leben sind.

Wirkung etwas ganz Selbständiges und von den chemisch-toxischen Einflüssen Unabhängiges sei.

Wie wir gesehen haben, äussert Kupfer bereits in minimalen Mengen nicht nur auf einzellige Elemente, sondern auch auf gewisse pathogene Bakterien eine Giftwirkung. Dabei ist es interessant zu hören, dass dieses Metall, Pflanzen und Tiere höherer Ordnung, sowie auch den Menschen, nicht beeinflusst; der letztere ist selbst gegen grössere Mengen Kupfer unempfindlich; so besitzen wir Beobachtungen, welche zeigen, dass ein erwachsener Mensch bis zu 1 Gramm Kupfersalz täglich ohne Schaden verträgt [Chemiker-Zeitung (16)].

Durch die neuesten Versuche werden die früheren Beobachtungen über die oligodynamische Wirkung des Kupfers bestätigt und praktische Angaben zur Ausnutzung der bakteriziden Eigenschaften dieses Metalls gemacht.

In der Chemiker-Zeitung findet sich im Referat der amerikanischen Arbeiten über Kupfersalze als Desinfektionsmittel (16) die Mitteilung, dass eine Lösung von Kupferchlorid in der Verdünnung von 1:10,000 das Bacterium coli commune, — von 1:26,000 den Typhusbazillus in einer Stunde tötet, — bei 1:10,000 den Staphylokokkus pyogenes aureus in weniger als 2 Stunden, und alle übrigen pathogenen Keime in 1 Stunde vernichtet. Kupfersulfat, welches in demselben Gewicht weniger Kupfer-Jonen besitzt, als das Chlorid, wirkt etwas schwächer. Ferner wird im Referate der Chemiker-Zeitung auf die Arbeit von Rideal und Baines hingewiesen, welchen es gelang zu beweisen, dass pathogene Keime in destilliertem Wasser durch ein in das Wasser getauchtes Stückchen Kupferblech in 24 Stunden vollständig abgetötet werden, und dass ein 24-stündiges Stehenlassen von verunreinigtem Wasser in reinen Kupfergefässen genügt, um dasselbe unschädlich zu machen. Auch Henry Kraemer (18) berichtet unter anderem, dass eine Kupferplatte oder ein Stückchen Kupferfolie, in Wasser getaucht (1 qcm. auf 1 Liter Wasser), den Bacillus typhi und das Bacterium coli in 2—4 Stunden vernichtet, wobei das Kupfer auf den ersteren stärker wirkt, als auf das letztere. Der Typhusbazillus wird bereits abgetötet, wenn das Wasser durch Filter mit kupfernen Nuten fliesst. Taucht man Kupferfolie in destilliertes Wasser, welches Bakterien enthält, so sterben dieselben schon in 5 Minuten ab.

Bekanntlich werden die Krankheitserreger des Typhus am häufigsten durch das Wasser verbreitet, wobei sie ihre Lebensfähigkeit ziemlich lange bewahren. Aus dem Wasser können die Bakterien durch Filtration, Kochen und verschiedene biochemische Methoden entfernt werden. Für die beste Methode zur Desinfektion des Wassers aber, d. h. für die wirksamste und praktischste, hält Krämer die Methode von Moore und Kellermann, welche in der Anwendung des Kupfers besteht. wobei er darauf hinweist, dass die Reinigung des Wassers durch metallisches Kupfer schon deshalb ohne Befürchtung vorgenommen werden kann, weil für dieselbe solche Kupfermengen genügen, welche bedeutend geringer sind als diejenigen, die in einigen Gemüsen enthalten sind, welche ohne Schaden genossen werden.

Unter den Autoren, welche in bestimmterer Weise vom praktischen Standpunkt aus vom Kupfer als von einem zur Wasserreinigung tauglichen keimtötenden Agens reden, möchte ich nennen: Moore und Kellermann (19), Bokorny und Kraemer.

G. F. Moore, Direktor des „Nordamerikanischen Instituts für Pflanzenphysiologie" (20) teilt mit, dass das Kupfer imstande sei, Bakterienkeime in jedem beliebigen Wasser zu töten, und dass eine Verdünnung von 1 T. Kupfer auf 10 oder 50 Millionen T. Wasser genüge, um die Mehrzahl der Algen abzutöten. Im Wasserreservoir der Stadt Kentucky, welches 113,000 Kubikmeter fasst, roch das Wasser „nach dem Schweinestall und schmeckte dementsprechend". Am dritten Tage nach der Behandlung mit Kupfervitriol war das Wasser klar und gut und hatte seinen üblen Geruch und Geschmack vollständig verloren. Während vorher jeder Kubikzentimeter Wasser ungefähr 7000 Exemplare der Anabaena (eine Algenart) enthielt, war am dritten Tage nach der Kupferbehandlung keine einzige mehr zu finden. Im Wasser war schon wenige Stunden nach dem Zusatze des Kupfers keine Spur von Kupfer mehr nachzuweisen, so dass von einer Vergiftung des Wassers nicht die Rede sein kann. Die Kosten dieser Reinigung des Reservoirs von Kentucky beliefen sich auf 12½ Dollar. In einer anderen Stadt wurde das Reservoir, welches durch Typhusbazillen verseucht war, durch Zusatz von 1 T. Kupfervitriol auf 100,000 T. Wasser vollständig bakterienfrei gemacht.

Indem ich diesen kurzen und wahrscheinlich sehr unvollständigen Abriss über die Arbeiten betreffend die oligodynamische Wirkung des Kupfers schliesse, muss ich noch bemerken, dass ich Anweisungen zum praktischen Gebrauche dieses Metalls als Desinfektionsmittel in der Literatur nicht gefunden habe; — die Ausarbeitung einer derartigen Anweisung wäre aber im Interesse der Gesundheitspflege äusserst wünschenswert und sollte daher zu einer besonderen Aufgabe werden.

Literatur.

1) Susruta, Therapeutischer Teil (Haeser, Lehrb. der Geschichte der Medizin. Bd. I, pag. 24, Jena, 1875).

2) Gabriele Fallopio. De morbo gallico tractatus. Patavia. 1564. (Haeser, Lehrb. der Geschichte der Medizin Bd. II, pag. 48).

3) Krajewsky, Antiseptica. Archiv für exper. Pathol. und Pharm. 1881 (Zit. nach Eulenburg's Realencyklopädie in russischer Bearbeitung von Afanassjew, Bd. 12. pag. 634).

4) Rochefontaine. Gaz. hebdom. de médicine, 1883, Nr. 28. (Zit. nach Eulenb. Realencyklopädie in russischer Bearbeitung von Afanassjew, Bd. 12, pag. 634).

5) Miller: Ueber die antiseptische Eigenschaft einiger Goldpräparate (Verhandl. d. Deutsch. odontologischen Gesellschaft. 1889, Bd. 1).

6) Behring. Ueber Desinfektion, Desinfektionsmittel und Desinfektionsmethoden. (Zeitschrift für Hygiene, Bd. 9, pag. 396).

7) M. Bolton. The effects of various metals on the growth of certain bacteria. (Trans. amer. assoc. of physicians 1904. Ref. in «Hygien. Rundschau», zitiert in der Arbeit «Bacterium coli commune» von Th. Escherich und M. Pfaundler. Hdb. der pathog. Mikroorganismen. 1903. Bd. II, pag. 387).

6) Vincent. Microbes des pièces de monnaie. Revue d'Hygiène. 1895, Nr. 8. (Zit. nach P. K. Broschniowski. Diss. s. unten).

9) Credé und Beyer. Silber und Silbersalze als antiseptica. Leipzig. 1896.

10) Hermann Thiele und Kurt Wolf. Ueber bakterienschädigende Einwirkungen der Metalle (Arch. f. Hygiene. 1899, Bd. 34, pag. 69).

11) Syngajewsky. Zur Frage von der Erkennung der Virulenz von Bakterien vermittelst silberner Platten nach der Methode von Dr. Beyer. (Russ. Archiv. für Pathologie, klinische Medizin und Bakteriologie v. Podwyssotzky. 1898. Bd. VIII, p. 304).

12) Th. Bokorny. Das Kupfer und die Giftwirkung des destillierten Wassers (Chemiker-Zeitung. 1905. Nr. 51, pag. 687—688).

13) Martin Ficker. Ueber Lebensdauer und Absterben von pathogenen Keimen. (Zeitschrift für Hygiene, herausgegeb. von R. Koch und C. Flügge. 1898. Bd. 29, pag. 1—74).

14) P. K. Broschniowski. Ueber den Einfluss verschiedener Stoffe auf die Erhaltung der Lebensfähigkeit der an denselben haftenden Bakterien. Dissert. St. Petersburg. 1901 (russisch).

15) Nägeli. Ueber oligodynamische Erscheinungen in lebenden Zellen. (Neue Denkschriften der allgemeinen Schweizerischen Gesellschaft für die gesamten Naturwissenschaften. 1893. Bd. XXXIII. Abt. 1.

16) Chemiker-Zeitung. Kupfersalze als Desinfektionsmittel. 1905. Repertorium Nr. 23, pag. 349.

17) Th. Bokorny. Uebereinstimmendes Verhalten der Metalle der Kupfergruppe (Kupfer, Quecksilber, Silber) gegen Zellen der niederen Pflanzen (Chemiker-Zeitung, 1905. Zweites Semester, Nr. 92, pag. 1201).

18) Henry Kraemer. Die Verwendung metallischen Kupfers zur Reinigung des Trinkwassers (Amer. Journal of Pharm. 1905. Vol. 77, pag. 265 und 1906 — March, Vol 78, pag. 140—144; Ref. in Chem. Zentralblatt. 1906. Jahrg. 77. Nr. 17, pag. 1445).

19. Moore George and Kellermann K. A. method of destroying or preventing the growth of algae and certain pathogenic bacteria in water supplies. Washington gov. Print. Off. 1904.

20. G. F. Moore. Kupfersulfat als keimtötendes Mittel (Ref. aus dem Journ. «Gaslight», 1905. t. 57, p. 104 in Chemiker-Zeitung, 1905, Erstes Semester. Repertor. Nr. 4, pag. 54.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

M. Joseph: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Zweiter Teil: Geschlechtskrankheiten. Verlag von G. Thieme. Leipzig 1905.

Es sei hiemit auf das Erscheinen der vierten Auflage (1905) dieses Lehrbuchs aufmerksam gemacht. Die neue Auflage ist dem augenblicklichen Stand der Spezialwissenschaft entsprechend neu bearbeitet. Der erste Abschnitt behandelt die Syphilis, der zweite den weichen Schanker, der dritte die Gonorrhoe. Das Lehrbuch enthält eine Reihe von Abbildungen und Rezepten.

Lingen.

A. Martin: Die Krankheiten des Beckenbindegewebes. Berlin 1906. Verlag von S. Karger.

Dieses Werk stellt als dritter Band die Fortsetzung des Handbuchs über die Erkrankungen der Ovarien und Eileiter dar. Als Mitarbeiter fungieren J. Ammann, Busse und Jung. Das Werk ist, wie die beiden ersten Bände, breit, das Thema erschöpfend, angelegt. Der erste anatomische Teil, von Jung bearbeitet, führt den Leser in die Anatomie und Physiologie des Beckenbindegewebes ein. Sehr anschaulich sind hier die schwierigen anatomischen Verhältnisse (fascia pelvis, Begrenzung des Beckenbindegewebes, Beckenboden etc.) geschildert. Der zweite und Hauptteil behandelt die Pathologie des Beckenbindegewebes. Hierher gehören das extraperitoneale Haematom, die verschiedenen Formen der Parametritis vom diagnostischen, klinischen, pathologisch-anatomischen und therapeutischen Standpunkt aus, dann die Haematozele, Perimetritis und die Neubildungen des Beckenbindegewebes. Eine ganze Reihe vorzüglicher Abbildungen sind dem Text beigegeben. Es ist ein schönes Werk, das jedem Fachmann zum Studium anempfohlen werden kann.

Lingen.

Hans Stoll: Alkohol und Kaffee in ihrer Wirkung auf Herzleiden und nervöse Störungen. II. umgearbeitete Auflage. Benno Koneggen Verlag, Leipzig 1905. 29. S. Preis 0,50 M.

Die Uebersicht der leitenden Gesichtspunkte besagt:

1. «Alkohol erweitert das Herz, setzt seine motorische Kraft herab und bedingt Nervenschwäche durch Unterernährung des Gehirns, des Rückenmarks und der Unterleibsorgane. Diese Wirkung des Alkohols auf das Herz ist durch neue Methoden erst nachweisbar geworden, die, obwohl noch von alter Schule bekämpft, doch eine Umwälzung der Herzheilkunde eingeleitet hat.

2. Kaffee setzt die Herzkontraktionen herab durch Mehrverbrauch von Muskeleiweiss und bedingt im Laufe der Jahre eine Uebermüdung des Herzens. Kaffeegenuss ist eine gelinde Form der Vergiftung, deren gefährliche Wirkung in der Dauer begründet ist.

3. Alkohol und Kaffee in Wechselwirkung bedeuten eine Lähmung und dann eine Peitschung der Herzkraft und in der Dauer eine Komplexursache des Herzschlages.

4. Angesichts der unverhältnissmässigen Zunahme des Konsums von Kaffee und Thee scheint das Vorgehen gegen den täglichen Genuss dieser Genussgifte nunmehr notwendig zu werden. Die Abstinenzbewegung darf sich nicht einseitig nur gegen die geistigen Getränke richten, sondern muss auch gegen Kaffee und Thee ankämpfen. Dies wird um so leichter sein, als in gutem Malzkaffee, und den einheimischen Theesorten, der beste Ersatz für die Koffeingetränke zu erkennen ist».

M.

R. Kobert: Lehrbuch der Intoxikationen. II. durchweg neubearbeitete Auflage. 2 Bände. II. Band: Spezieller Teil, 2. Hälfte. Mit 94 Abbildungen im Texte. Stuttgart 1906, Verlag von Ferdinand Enke. Preis 18 Mark.

Mit dieser soeben uns zugegangenen zweiten Hälfte des speziellen Teiles liegt nun das wertvolle Kobert'sche Lehrbuch der Intoxikationen abgeschlossen vor und bildet mit der bereits im Jahre 1904 erschienenen ersten Hälfte einen umfangreichen Band von nicht weniger als 1298 Seiten. Nachdem in der ersten Hälfte des speziellen Teils bereits die Mehrzahl der Gifte mit grob anatomischer Wirkung abgehandelt worden, bringt nun die zweite Hälfte den Schluss dieser Abteilung, sodann als II. Abteilung die Blutgifte und in der III. Abteilung die Nervengifte. Die giftigen Stoffwechselprodukte, die Giftstoffe der Nahrungsmittel und die Gifttiere sind nicht, wie es ursprünglich beabsichtigt war, in besonderen Kapiteln vorgeführt, da es dem Verfasser gelungen ist, alle die Kapitel in die drei grossen Abschnitte eingegliedert abzuhandeln. In einem Nachtrage sind noch auf 9 Seiten die im Laufe des Druckes notwendig gewordenen Ergänzungen und Verbesserungen untergebracht und den Schluss bildet ein ausführliches Sachregister. Nicht weniger als 142 Abbildungen (im gesammten speziellen Teile) tragen wesentlich zum Verständnis des Inhalts bei. Ebenso ist selbst bei jedem kleineren Kapitel die einschlägige Literatur sorgfältig angeführt und auch ausgiebig verwertet worden. Ueberhaupt empfängt man beim Lesen des Werkes überall den Eindruck, dass ein immenser Fleiss und gründliche Arbeit auf das Zusammenstellen desselben verwandt ist. Selbstverständlich kann man nicht erwarten, dass die meisten Leser das Buch von vorn bis zum Schluss systematisch durchstudieren, sicher aber wird es als eine wahre Fundgrube und als ein zuverlässiger Ratgeber sowohl dem praktischen Arzte wie auch dem gerichtlichen Mediziner und dem Hygieniker durchaus willkommen sein. Eine besondere Empfehlung des vortrefflichen Werkes erscheint nach dem Ebengesagten wohl überflüssig. Die äussere Ausstattung lässt nichts zu wünschen übrig.

Bernhoff.

Protokolle
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1348. Sitzung am 25. Sept. 1906.

I. Wanach hält einen Vortrag über Schussverletzungen der peripheren Nerven. — Nervenverletzungen sind im Kriege häufiger als in der Friedenspraxis, weil gegenüber den modernen Schusswaffen die natürlichen Schutzmittel — versteckte Lage der Nervenstämme, ihre Verschieblichkeit und zähe Elastizität — versagen. Aus dem Burenkriege liegen genauere Berichte über Verletzungen der Nerven vor (Young, Makins), während des russisch-japanischen Krieges hat Henle als Leiter eines Lazaretts des Deutschen Rothen Kreuzes in Tokio 35 Nervenverletzungen behandelt, Treutlein hat in japanischen Hospitälern eine Reihe operativ behandelter Nervenschüsse gesehen. — W. hatte unter 932 Kranken (davon 606 Schussverletzungen) 30 Schussverletzungen peripherer Nervenstämme. Es waren verletzt:

Der Nervus radialis		11 mal.
»	» medianus	6 »
» Plexus brachialis		3 »
» Nervus ulnaris		1 »
»	» musculocutaneus	1 »
»	» ischiadicus	4 »
»	» peroneus	4 »

In 14 Fällen lagen Knochenbrüche an der Stelle der Nervenverletzung vor, in 16 Fällen nur Weichteilschüsse, — 10 Fälle wurden nicht operiert (3 mal trat spontane Besserung ein, 3 mal wurde die Operation verweigert, 2 mal erschien die Operation aussichtslos bei Verletzungen des Plexus brachialis dicht an der Wirbelsäule, 2 mal bestanden bei der Auflösung des Hospitals noch eiternde Knochenfisteln). — 20 Fälle wurden operativ behandelt und zwar wurde ausgeführt:

Neurolyse	6 mal.	
Resektion und Naht	5 »	
Neuroplastik	8 »	
Neuroanastomose	1 »	(Implantation des N. radialis in den N. medianus).

Man hat primäre und sekundäre Nervenverletzungen zu unterscheiden. Die primären können direkte, durch die Kugel gesetzte, oder indirekte sein — Zerreissungen durch dislozierte Knochensplitter. Die sekundären Verletzungen kommen durch Einklemmung in Bruchspalten, in Callusmassen oder durch Narbenkonstriktion zustande. Die direkten Nervenschüsse setzen kleine Defekte, die knorpelharten gefässarmen Narben sind 1—1,5, höchstens 2 Cm. lang. Die Grenzen zwischen Narbe und erhaltenem Nervengewebe sind scharf ausgeprägt. Ein Teil der Nervenbündel kann erhalten sein, es kommen auch reine Lochschüsse vor. Zuweilen sind in der Nähe verlaufende grössere Gefässe gleichzeitig verletzt. — Sekundäre und indirekte Nervenverletzungen sind meist ausgedehnter, unregelmässiger, die resultierende Narbe ist bis 10 Cm. oder mehr lang, die Nachbarschaft ist stark narbig verändert, der Uebergang des erhaltenen Nervengewebes in die Narben erfolgt allmälig. Bei Kompression durch Callus oder Narbengewebe kann trotz völlig aufgehobener Funktion die anatomische Struktur der Nerven erhalten bleiben.

Für die Funktionsstörung und ebenso für die Beurteilung des Resultates der Behandlung sind die sensiblen Lähmungen garnicht oder nur mit grosser Vorsicht zu verwerten. Auch bei völliger Durchtrennung sensibler Fasern stellt sich meist nach einiger Zeit die Sensibilität ganz oder zum Teil wieder her. Diese bekannte Tatsache ist im Licht der Neuronenlehre betrachtet schwer zu deuten. Auch das behauptete «vikarierende» Funktionieren benachbarter Nerven bietet keine Erklärung. — Sonst sind W. unter den Symptomen derbe begrenzte Hautinfiltrate am Handrücken und Muskelschwielen (im Triceps brachis) bei hohen Radialisverletzungen aufgefallen.

In Betreff der Prognose konnte W. den schon von Etzold aufgestellten Satz bestätigen, dass die Funktion eines verletzten Nerven um so schwerer sich wieder herstellt, je weiter von den peripheren Endorganen entfernt die Verletzung stattgefunden hat. Auch die Ausdehnung der Verletzung, die Veränderungen in der Umgebung sind von grosser Bedeutung. Dagegen scheint die seit der Verletzung verstrichene Zeit weniger wichtig zu sein. jedenfalls ist auch nach Monaten und Jahren der Versuch einer operativen Therapie gerechtfertigt. — Ohne strikte Beweise liefern zu können, möchte W. nach seinen Eindrücken behaupten, dass ceteris paribus einige Nerven leichter restitutionsfähig sind als andere. So liefern die Verletzungen des N. medianus eine bessere Prognose als z. B. diejenigen des N. peroneus. Am schwersten scheint der N. radialis einer Wiederherstellung fähig zu sein.

Die Heilungsvorgänge bei Zerstörung von grösseren Nervenstämmen bieten viel Merkwürdiges. Wie bei unseren relativ groben Methoden der Nervennaht, Nervenplastik etc. die einzelnen Achsenzylinder den Weg zu ihren Endorganen wiederfinden ist eins der grossen Rätsel der Biologie. Die Neuronenlehre, die in letzter Zeit vielfach angefochten wird, soweit sie ein Neuron als anatomisches (nicht allein funktionelles) Ganze auffasste, bringt uns auch hier keine Aufklärung.

Bezüglich der Therapie hat W. sich an folgende Regeln gehalten (Details der Technik werden nicht besprochen). Man operiere nie, wenn auch noch so geringe Eiterungen in der Nähe des Operationsfeldes bestehen. Man operiere nicht zu früh, da spontane Heilungen noch nach 1—2 Monaten eintreten können. Im einzelnen hat sich die Operation ganz nach dem anatomischen Befund im Einzelfall zu richten. Man lege sich also durch grosse Schnitte das periphere und zentrale Nervenende und die Umgebung gehörig frei. Narben, Callusmassen, Knochenvorsprünge sind zu beseitigen. Etwa erhaltene Nervenfasern sind sorgfältig zu schonen. Die Nervennaht soll ohne Spur von Spannung angelegt werden. Zum Decken grosser Defekte hat W. nie die Ueberbrückung mit Katgutfadenbündeln versucht, immer Lappenbildung aus dem Nervenstamm selbst angewandt. Zur Vermeidung erneuter Narbenbildung an der Nahtstelle wurde wiederholt Unterfütterung mit Muskellappen vor anderen Methoden bevorzugt.— Resultate: von 20 Operierten 13 soweit gebessert, dass mit Sicherheit Heilung erwartet werden kann, 2 völlig geheilt — 5 Misserfolge (2 nach Neurolyse, 2 nach Neuroplastik, 1 nach Resektion und Naht). Ursachen der Misserfolge: 2 mal Eiterung, 2 mal erneute Narbenbildung, einmal äusserte Atrophie und Narbenbildung an der ganzen Extremität, bei einem Kranken, der einen schweren Typhus und ausgedehnte erysipelatöse Phlegmone überstanden hatte.

(Autoreferat).

Diskussion:

Michelson weist den Vortragenden für die Erklärung der so sehr wechselnden Sensibilitätsverhältnisse bei peripheren Nervenverletzungen auf folgende 3 Umstände hin: 1) Seien ihm die Patienten in einem späten Stadium des Krankheitsverlaufes zu Augen gekommen, wo sich häufig bereits die Sensibilität restauriert haben könnte, während die Motilität noch bedeutende Störungen darbot. 2) Bei der wahrscheinlich nicht sehr detaillierten Untersuchungsmethode sind wohl die Störungen einzelner Empfindungsqualitäten übersehen worden. 3) Bestehen zahlreiche Anastomosen zwischen den peripheren Verzweigungen der Nervenstämme.

Wanach kann es sich nicht erklären, wie bei ausgedehnten Zerstörungen in seinen Fällen die Sensibilität sich auf direktem Wege wiederhergestellt haben könnte. Die Anastomosenbildung gebe schon weiteren Aufschluss, sei jedoch allein für sich auch nicht für die Erklärung der grossen Variabilität der Sensibilitätsstörungen hinreichend.

Masing: Bei Radialisverletzung finde man wenig Sensibilitätsstörungen, zumal dieser Nerv überhaupt wenig sensible Fasern führe. Bei der Regeneration der durchtrennten Nerven sei die Tendenz der Nervenfasern aus dem zentralen in den peripheren Stumpf hinein zuwachsen eine ganz enorme; die grössten Hindernisse würden von den in dichtem Filz vorwuchernden Axenzylindern überwunden.

Wanach: Zur Unterstützung der Wachstumsrichtung der Nervenfasern haben die Japaner statt der bisher üblichen dekalzinierten Knochenröhren sterilisierte Arterien angewandt. Er habe sich bei seiner Abneigung, todte Körper in Wunden unterzubringen, keines dieser Mittel bedient.

Tiling: Für den Enderfolg der Nervennaht kann nur das Verhalten der motorischen Nerven als Richtschnur dienen, aber dieser wird oft erst nach sehr langer Zeit offenbar. Er referiert kurz über eine Selbstbeobachtung: Nach Durchschneidung des n. ulnaris in der Hohlhand hinterblieb auf länger als 10 Jahre eine Herabsetzung der Tastempfindlichkeit des kleinen Fingers.

II. Blessig: Bericht über den diesjährigen Heidelberger Ophthalmologenkongress.

(Erschienen im Druck in Nr. 39 der St. Petersb. med. Wochenschrift).

Im Anschluss an seinen Bericht fragt Blessig bei den Kollegen an, ob ihnen Erfahrungen über die Thiosinaminwirkung bei Narbenbildung zu Gebote stünden.

Wanach: Die Berichte aus der Literatur sind sehr ermutigend. Die Injektionen, welche sehr schmerzhaft sind, müssen lange Zeit fortgesetzt werden, und sind kontraindiziert bei Verdacht auf Tuberkulose. Man hat latente Tuberkulose manifest werden, in tuberkulösen Herden akute Entzündung eintreten sehen durch Anwendung des Thiosinamins.

Tiling hat keine persönlichen Erfahrungen über das Mittel, weiss aber, dass es mit Erfolg bei Keloiden, Oesophagus- und Pylorusstenosen verwandt worden ist.

Direktor: W. Kernig.
Sekretär: Michelson.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der ehemalige Ober Feld-Militärmedizinalinspektor, Geheimrat Dr. Gorbazewitsch, ist zum beständigen Mitgliede des militär-medizinischen gelehrten Komitees ernannt worden.

— Vor kurzem beging der Gehülfe des Gouvernements-Medizinalinspektors von Chersson, Staatsrat Dr. Michael

Goschkewitsch, der zugleich Arzt am Progymnasium in Chersson ist, das 30-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Tätigkeit.

— Der Divisionsarzt der 4. Kavalleriedivision, Staatsrat Dr. Kosyrëw ist zum Korpsarzt des 14. Armeekorps ernannt worden.

— Zum Dirigierenden des Mobilisationswesens bei der Ober-Militär-Medizinalverwaltung ist der bisherige Geschäftsführer der Militär-Medizinalverwaltung des Amur-Militärbezirks, Staatsrat Dr. Rubzow, ernannt worden.

— Der Professor ord. der chirurgischen Pathologie Dr. Schtschegolew in Odessa ist auf den Lehrstuhl der chirurgischen Hospitalklinik an der Odessaer Universität übergeführt worden.

— Der ausserordentliche Professor der Chirurgie an der Universität Tomsk, Dr. Wedenski ist zum ordentlichen Professor befördert worden.

— Der Professor der Chirurgie der Wiener Universität, Freiherr v. Eiselsberg, erklärt in der «Neuen Freien Presse», dass die preussische Unterrichtsverwaltung keinerlei Verhandlungen mit ihm wegen der Uebernahme der Bergmann'schen Klinik an der Berliner Universität angeknüpft habe, er sei nur zur Beglückwünschung v. Bergmann's in Berlin gewesen.

— Dem Gouvernements-Medizinalinspektor von Kurland Dr. Peter Kandidow ist der St. Wladimirorden IV. Klasse verliehen worden.

— Der Professor ord. der Chirurgie an der militär-medizinischen Akademie und beratendes Mitglied des Medizinalrats Dr. Subbotin ist für Auszeichnung im Dienst zum Geheimrat befördert worden.

— Von den zahlreichen Ehrungen, die Professor Dr. E. v. Bergmann an seinem 70. Geburtstage zuteil wurden, teilen wir nachstehend die wichtigeren mit: Die Berliner medizinische Gesellschaft und die Berliner Rettungsgesellschaft ernannten den Jubilar zu ihrem Ehrenvorsitzenden, der Verein für innere Medizin überreichte ihm das Ehrenmitglieds-Diplom. Die deutsche Gesellschaft für Chirurgie liess durch Prof. Körte den Beschluss verkünden, dass eine Büste v. Bergmann's im Langenbeckhause aufgestellt werden soll. Die früheren und jetzigen Assistenten v. Bergmann's brachten eine Büste ihres Meisters dar, ausserdem ein Album mit den Bildern aller seiner Assistenten und eine Festschrift des Langenbeck'schen «Archiv für klinische Chirurgie». Der Verband für erste Hülfe liess eine silberne Schale überreichen und der Generalarzt Dr. Düms überbrachte seitens des deutschen Samariterverbandes eine sinnreiche Gabe. Es war eine Plakette, einen Gelehrten darstellend, der den Genius auffordert, auf die Strasse hinabzublicken, wo zwei Arbeiter einem dritten Hülfe bringen. Der Mann, nach dessen Weisung sie dabei handeln, ist unschwer als Professor v. Bergmann zu erkennen. Von der Gesellschaft des Russischen Roten Kreuzes erhielt der Jubilar das Ehrenabzeichen der Gesellschaft. Unter den Ehrungen sei noch erwähnt die Stiftung der Gesellschaft für chirurgische Mechanik, die Ernst v. Bergmann's Namen tragen soll.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) In St. Petersburg Dr. Sergius Törne, Tischvorsteher der Mobilisationsabteilung der Ober-Militär-Medizinalverwaltung, im Alter von 43 Jahren. Der Hingeschiedene ist seit 1888 als Arzt tätig gewesen. 2) Am 2. Dezember zu Kowno der ehemalige Korpsarzt, Geheimrat Dr. Wilhelm Kattchée, im 83. Lebensjahre. Der Verstorbene stammte aus Kowno und hatte seine medizinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1845—51 studierte. Nach Erlangung der Doktorwürde wurde er Militärarzt und war als solcher successive älterer Arzt einer reitenden Artilleriebrigade, Divisionsarzt der 26. Inf.-Division, von 1879—84 Oberarzt des Militärhospitals in Riga, dann Korpsarzt des 2. Armeekorps in Wilna. Nach seiner Verabschiedung lebte er als freipraktizierender Arzt in Wilna. 3) In Nesswish der freipraktizierende Arzt Donatus Malkewitsch im Alter von 75 Jahren, nach mehr als 50-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 4) Am 5. Dezember in Moskau der jüngere Arzt des Golizynhospitals Dr. Sergius Markow im 47. Lebensjahre. Die ärztliche Praxis hat der Verstorbene seit 1883 ausgeübt.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Von der Dorpater Universität wurden im Laufe des Jahres 1906 in sämtlichen 5 Fakultäten 456 Personen akademische Würden und Grade zuerkannt, darunter in der medizinischen Fakultät 341 Personen, und zwar die Würde eines Doktors der Medizin 3 Personen, der Arztgrad 115, der Grad eines Magisters pharm. 2, der Provisorgrad 50, die Würde eines Zahnarztes 25, eines Dentisten 3, eines Apothekergehilfen 135 und einer Hebamme 53.

— An der Dorpater Universität sind alle Fakultäten bemüht gewesen, Massnahmen ausfindig zu machen, um das seit dem ersten Semester 1905 im Studium Versäumte einigermassen nachzuholen. So hat, wie die «Nordlivl. Ztg.» hört, die medizinische Fakultät einen Modus ausfindig gemacht, auf 2 Semester, nämlich das zweite Semester 1906 und das erste Semester 1907 den Lehrstoff dreier Semester zu verteilen: durch stärkere Konzentrierung des Lehrstoffs ist bis zum 11. November d. J. das Pensum eines Semesters bewältigt worden; das eines zweiten Semesters soll vom 11. November bis zum 11. Februar 1907 und das eines dritten Semesters bis Ende Mai absolviert werden.

— Zum Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie an der Tübinger Universität ist als Nachfolger des nach Rostok berufenen Professors Dr. Sarwey der Privatdozent Dr. K. Baisch ernannt worden.

Standesangelegenheiten.

— Wir haben bereits mehrmals (in Nr. 42 und 43) über die in der medizinischen Fakultät der Odessaer Universität vorgekommenen unerquicklichen Differenzen berichtet, die eines politischen Hintergrundes nicht entbehren und namentlich bei der Wahl eines neuen Dekans klar zu Tage traten. Jetzt hat das Ministerium der Volksaufklärung den Kurator des Odessaer Lehrbezirks benachrichtigt, dass der Minister es nicht für möglich befunden hat, den ordentlichen Professor der medizinischen Fakultät der Neurussischen Universität Dr. B. Werigo im Amte eines Dekans zu bestätigen, da es im Allerhöchsten Befehl vom 27 August keine Hinweise auf Fälle giebt, in denen die Wahl eines Dekans dem Konseil der Universität überlassen bleibt. Der Minister ersucht daher die Neurussische Universität, eine neue Wahl des Dekans der med. Fakultät genau auf Grund des bestehenden Gesetzes in der Versammlung der Fakultät vorzunehmen. Bis zur Wahl des Dekans der med. Fakultät wird das älteste Mitglied der Fakultät mit der Ausübung der Funktionen des Dekans betraut.

— Ein Konflikt in der militär-medizinischen Akademie. Während des Examens in der Anatomie bei Prof. Schawlowski wandte sich, wie die «Peterb. Gaseta» berichtet, einer der Studentensenioren an den Professor mit der Bitte, etwas weniger rüde mit den Examinanden umzugehen. Als der Professor sich die Einmischung verbat, erklärte der Studentenälteste, dass er als Bevollmächtigter der Examinanden spreche. Prof. Schawlowski wandte sich hierauf an den Präses der Examinationskommission mit der Anfrage, ob der Studentensenior das Recht habe dreinzureden. Prof. Schidlowski verneinte das, worauf alle Studenten demonstrativ den Saal verliessen. Sie liessen Prof. Schidlowski sagen, sie würden erst wiederkommen, wenn Prof. Schawlowski sein Wort zurücknimmt und wenn Prof. Iwanowski dem Examen beiwohnen wird.

— Dem früheren Reichsdumadeputierten Dr. Lewin in Wilna, welcher den bekannten Wiborger Aufruf mit unterschrieben hat, ist es verboten worden, als Redakteur des Journals «Das jüdische Volk» weiter zu fungieren.

— Neuerdings sind aus Jalta wieder drei Aerzte als politisch unzuverlässige Personen ausgewiesen worden: es sind die DDr. J. Ostrowski, N. Rukin und W. Lapidus (zugleich mit seiner Frau).

Verschiedene Mitteilungen.

— Die livländische Landesirrenanstalt soll, wie die «Rig. Rundschau» erfährt, im Januar 1907 eröffnet werden, zunächst nur teilweise, da der Bau noch nicht völlig fertiggestellt ist. Im Laufe des nächsten Jahres soll die Anstalt dann in ihrem vollen Umfange (184 Betten) der Benutzung übergeben werden. Die Verpflegungsgelder für kranke

Glieder von livländischen Bauergemeinden sollen auf nur 10 Rbl. monatlich festgesetzt sein. Die Anstalt, welche bekanntlich von Dr. A. Behr geleitet werden wird, hat gegen 300,000 Rbl. gekostet.

— Wie aus Buenos Aires berichtet wird, sind dort in der letzten Zeit einige Krankheitsfälle vorgekommen, die den Verdacht erwecken, dass es sich um die Beulenpest handle.

— Ueber die Wirkungen des Lichtes auf das Blut sind neuerings von H. Oerum Versuche angestellt und die Ergebnisse in Pflügers Archiv mitgeteilt worden. Finsen hat die Verminderung des Blutfarbstoffgehaltes bei anämischen Menschen mit dem Licht in Verbindung gebracht. Zur Feststellung der hier bestehenden Verhältnisse hat Oerum mit Kaninchen einschlägige Versuche angestellt. Zu diesem Zweck wurde die eine Hälfte der Versuchstiere in einem hellen, die andere in einem dunklen Raum untergebracht und das Blut regelmässig untersucht. Die unter Ausschluss von Licht lebenden Tieren wurden stark blutarm. Nach drei bis sechs Wochen war allerdings die normale Blutzusammensetzung vorhanden, d. h. in einer bestimmten Blutmenge dieser Tiere waren ebenso viele Blutkörperchen enthalten wie bei den normalen Tieren, doch war eine Verminderung der gesamten Blutmenge eingetreten. Im Laufe von drei Monaten kann die Blutmenge auf die Hälfte des normalen Bestandes herabgesetzt werden. Die gleiche Wirkung wie die Dunkelheit übte rotes Licht aus; blaues Licht dagegen bewirkt eine bedeutende Vermehrung der Blutmenge. Wahrscheinlich ist die Veränderung der Blutmenge die Ursache der Mattigkeit, die sich bei vielen Personen im Frühjahr bemerkbar macht. Auch die sogenannte Polarbleichsucht, die sich bei Polarreisenden während der langen Winternacht einstellt, dürfte auf dieselben Ursachen zurückzuführen sein.

— Aerztliches Jahrbuch, Herausgegeben von Dr. von Grolmann. 1907. Frankfurt a./M. Verlag von Johannes Alt. In einer geschmackvoll und dauerhaft ausgestatteten ledernen Tasche, die auch mehrere Fächer zur Unterbringung von Notizen und Papiergeld aufweist, enthält das ärztliche Jahrbuch zwei Hefte, welche auf 219 resp. 173 Oktavseiten, dem praktischen Arzte viele wichtige Auskünfte bieten. So enthält das I. Heft auf 191 Seiten ein ausführliches Verzeichnis der neueren und neuesten Heilmittel, unter Einführung zahlreicher Rezepte. Es wurde dabei bis zur Salizylsäure zurückgegriffen, weil unser gesamter seitdem synthetisch gewonneuer Heilmittelschatz ein organisches Ganzes bildet. Im II. Teil folgen dann Mitteilungen aus der Literatur des Jahres 1905/6, unter denen sich ausführlichere Berichte über die Heilung der Trigeminus-Neuralgie durch Alkoholinjektion ins Ganglion Gasseri (nach Schlösser), die Behandlung mit Stauungshyperaemie nach Bier und Saugapparat nach Klapp, Winke zur Diabetesbehandlung von Naunyn u. s. w. sich finden. Den Schluss bilden Verzeichnisse von Bade- und Kurorten, Heilanstalten und andere notwendige Auskünfte beigegeben sind dem Jahrbuch 12 einzelne Monatshefte mit Rubriken für jeden Tag, so dass der Arzt für den billigen Preis von 2 Mark 50 Pf. in den Besitz eines durchaus brauchbaren Vademekums kommt.

Bf.

Am 2. Dez. d. J. betrug die Zahl der Kranken 12005 (40 wen. als in der Vorwoche.), darunter 1096 Typhus — (78 wen.), 1212 Syphilis — (52 mehr), 509 Scharlach — (42 wen.), 269 Diphtherie — (2 wen.), 107 Masern — (18 mehr) und 8 Pockenkranke (7 wen. als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 26. Nov. bis 2. Dez. d. J. im ganzen 782 (427 M., 344 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 37, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 15, Scharlach 14, Diphtherie 24, Croup 0, Keuchhusten 10, Croupöse Lungenentzündung 32, Erysipelas 1, Grippe 7, Katarrhalische Lungenentzündung 91, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 6. Tuberculose der Lungen 109, Tuberculose anderer Organe 20, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 51, Marasmus senilis 29, Krankheiten der Verdauungsorgane 79, Totgeborene 46.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 9. Jan. 1907.

Tagesordnung:

(Jahressitzung).
Präsidialvortrag.
Berichte der Sekretäre und des Kassierers.
Wahlen.

— Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 15. Jan. 1907.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeilen in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 52 St. Petersburg, den 30. Dezember (12. Januar). 1906.

Ueber ein neues Blutpraeparat.

Von

Dr. W. N. Clemm,

Darmstadt.

Spezialarzt für Magen- und Darmerkrankungen.

Wir besassen bislang kein einwandfreies Blutpraeparat, das allen Ansprüchen gerecht zu werden vermochte.

Das Hommel'sche Hämatogen brachte eine wesentliche Neuerung und Besserung auf dem Gebiete, doch stellten sich bald Nachteile ein, welche besonders Cloetta aufdeckte und zu beseitigen suchte.

Ein Nachfolger des Hämatogens ist auch das Barkowski'sche Perdynamin, ein recht gutes Mittel, jedoch gleichfalls noch nicht allen Ansprüchen genügend.

Abgesehen von der Schädlichkeit des Glyzerins als Lösungsmittel ist auch die Einseitigkeit dieser Gruppe von Praeparaten ein Nachteil, welcher bei ihrem hohen Preise, in welchem der hohe Flüssigkeitsprozentsatz mitbezahlt werden muss, sehr gegen sie einnimmt.

R. Finsen nun hat ad usum proprium sich ein Trockenblutpraeparat geschaffen, das von Feustell hergestellt und in den Handel gebracht wird. Dasselbe leidet aber an dem Generalfehler aller dieser Blutpraeparate, dass das Hämoglobin durch die Salzsäure des Magens teerfarben und wertlos gemacht wird und die versuchte Ernährung mit koaguliertem Eiweiss bedeutet nur einen bescheidenen Fortschritt, wie auch der künstliche Lezithinzusatz zu dem Perdynamin kaum dem Mehrpreise dafür gleichwertig ist.

Ich war daher erfreut, als Dr. Wolff in Bielefeld (Sudbracker Nährmittelwerke), ein seit Jahren erfolgreich wirkender Chemiker auf dem Gebiete der Nährmittelchemie, der die Herstellung der so vortrefflichen trockenen Malzextrakte mit Diastase bei Dr. Ch. Brunnengräber in Rostock jahrelang leitete, sich an mich wandte mit einer neuen Idee und um deren Prüfung bat. Dr. Wolff hat ein Verfahren zum Patent angemeldet, wonach er Blut mit Malzextrakt zu gleichen Teilen gemischt, im luftleeren Raum zur Trockene eindickt, wodurch das Albumin leicht lösliche Verbindungen mit dem Zucker eingeht und die Bluteiweisse sich in Albuminsaccharate umwandeln. Das blutfarbene kristallinische Praeparat Hämatopan erhält so in leicht assimilierbarer Form das animalische Bluteisen neben Eiweissen, Malzzucker, Lezithin u. s. w. und stellt gleichzeitig ein hochwertiges Mittel zur künstlichen Ernährung dar. Ein Vorzug, welchen kein Hämoglobinpraeparat bislang besessen hat.

Eine Herabsetzung des Blutes an Bluteisen ist nicht einfach durch Darbietung von Eisen auszugleichen. Sie ist ja meist nicht entstanden durch Mangel an diesem Metall in der Nahrung im Säftestrom, sondern durch verminderte vitale Energie der roten Blutzelle, sich damit zu sättigen. Nicht nur die Darreichung des Fehlenden, auch die Anregung zur Aufnahme tut not. Was hilft es dem gefangenen Vogel die erlesensten Leckereien, die er in der Freiheit liebt, hinzusetzen; seine Lebenskraft ist gebrochen, seitdem das Gitter ihn umschliesst und erst die geöffnete Käfigtür giebt ihm wieder die Lust, die Aufnahmefähigkeit für die Nahrung! Welch bittere Not bringt uns oft die geschwundene Esslust bei Kranken, wo wir die Kunst der Küche erschöpfen und oft das Einkommen einer Familie daran wagen, dem langsam Verhungernden stets neue Reize anzubieten, stets von neuem vergeblich! Und kaum ist die vitale Energie im Appetit wieder erwacht, wie rasch schreitet da, von Tag zu Tag warnehmbar, die Genesung vorwärts! Warum keimt das eine Samenkorn nur träge, zagend und bringt ein Keimpflänzlein hervor, das abwelkt, ehe es sich ganz erschlossen, während das daneben gesteckte aus derselben Samenkapsel stammend, lustig und frisch spriesst und gedeiht? Es ist nicht der Mangel an Nährstoffen, die in beiden gesunden Samenkörnern gleichartig aufgestapelt, es ist die Lebenskraft, die das eine gedeihen lässt, während durch ihr Fehlen das andere elend verkommen muss!

So auch hängt in unserem Zellstaate alles davon ab, wie die einzelne Zelle von vitaler Energie beseelt ist und bleibt. Das einfache Darbieten des ihr nach grob chemischer Analyse Fehlenden vermag sie nicht aufzurütteln aus ihrer Lethargie.

Gelingt es uns aber, der Zelle das zu geben, wonach sie dürstet, die vitale Energie, deren sie bedarf, zusammen mit dem Mörtel, aus dem sie das ganze Gebäude der energiebelebten Zelle wieder herzustellen vermag, dann schafft sie froh und unverdrossen wieder ihr Werk, das bald zum Segen des ganzen wächst und gedeiht!

Daher ist es nicht damit getan, bei Eiweisszerfall im Organismus einfach Eiweiss zu reichen, es kann nicht genügen, dem eisenarmen Erythrozyt Eisen anzubieten. Die Aufnahmelust für das Dargebotene muss zugleich wieder angefacht, die schlummernde Lebenskraft noch geweckt werden.

Das scheint mir in jeder Hinsicht zuzutreffen bei diesem Blutersatz- und Nährpraeparat, das ist es gerade, was mir dasselbe als eine bedeutsame Neuheit auf dem Gebiete der künstlichen Nährmittel erscheinen lässt.

Woher wir auch unser Eisen auf natürlichem Wege beziehen, da wird es uns mit Eiweiss und Kohlenhydraten zusammen geboten; und darin liegt ein bedeutsamer Wink für den Nährmittelchemiker, der ein künstliches Blutpraeparat schaffen will.

Diesen Wink hat sich Dr. Wolff zunutze gemacht, und er hat die hohe Wichtigkeit der zusammengesetzten Nahrung sich zur Richtschnur dienen lassen bei seinen langen und mühsamen Vorversuchen.

R. Kobert sagt in seiner Pharmakotherapie (Stuttgart 1897, Ferdinand Enke): «Fast alle Kohlehydrate haben ausser ihrer nährenden, im Darm auch noch eine antiseptische Funktion; sie vermindern nämlich die Eiweissfäulnis im Darmkanal, indem sie zum Teil in Milchsäure, Essigsäure, Buttersäure und andere organische Säuren, welche den eiweissspaltenden Darmbakterien entgegenwirken, übergehen. Schon dieses einen Umstandes wegen ist es äusserst wünschenswert, dass unsere Nahrung immer eine aus Eiweissubstanzen und relativ viel Kohlehydraten bestehende ist. Sobald wir die letzteren zu gunsten der ersteren sehr vermindern, bekommen wir, wie der Laie sich ausdrückt, einen verdorbenen Magen und riechen aus dem Halse, d. h. bilden im Darm stinkende Fäulnisprodukte der Eiweissstoffe, welche die Exspirationsluft übelriechend machen, uns den Appetit benehmen und uns auch sonst krank machen. Bei der Behandlung der Zuckerkranken hat man dieser äusserst wichtigen Tatsache häufig nicht genügend Rechnung getragen».

Es ist damit ausgesprochen, was ich bereits ausgeführt habe. Die einseitige Mischung von Eisen und Eiweiss belastet die Verdauungsorgane schwer und wirkt auf die vitale Energie der blutbildenden Organe eher hemmend als fördernd ein; wo Eiseneiweiss gegeben wird, muss ein ihm entsprechender Zusatz von Kohlehydraten gemacht werden.

Aber nicht nur nach dieser Richtung entscheidet sich die Frage; es sind noch zwei Gesichtspunkte von Belang, welche nach derselben Seite hinweisen.

Wir geben Eisenpräparate eo ipso nach den Mahlzeiten auf vollen Magen, da das Eisen in jedweder Form gereicht, die Schleimhäute des Verdauungstraktus reizt. Kobert hat dies sogar für das Bunge'sche Hämatogen des Eidotters nachgewiesen, indem er uns kennen lehrte, dass mehrere Dotter einen Reiz auf die Magenwand ausüben.

Reichen wir nun auf die Mahlzeit, bei welcher doch auch Fette mitgenossen werden, ein Präparat, so haben wir Naunyns Worte zu gedenken, dass die Fette nur im Feuer der Kohlehydrate verbrennen, d. h. wir müssen zur Erhöhung der Verdauung zur vollständigen Ausnützung der genossenen Speisen Kohlehydrate daruntermengen. Und deshalb erscheint mir zweitens das Wolff'sche Präparat als andern überlegen.

Bedenken wir endlich drittens, dass gerade die Chlorose, die Krankheit, welche auf der Herabsetzung der Lebenskraft in den Erythrozyten beruht, mit einer Salzsäuresteigerung im Magen einhergeht — einer Gefahr, welche die Entstehung des peptischen Magengeschwüres befürchten lässt — so erscheint abermals Hämatopan anderen Blutbildungsmitteln auch in dieser Hinsicht bei weitem überlegen.

Denn es ist bekannt und durch meine Untersuchungen (Ther. Monatshefte, Aug. 1901; Verhandlungen des Kongresses für innere Medizin 1902) festgestellt, dass der Dextrose vor den anderen Zuckern ein gewaltiger Einfluss auf die Magensaftabsonderung zukommt, indem sie wohl quantitativ um etwa das 15-fache die Saftmenge herabsetzt. Da die Maltose das Doppelmolekül der Dextrose darstellt, so ist auch nach dieser Hinsicht das mit Malzextrakt bereitete Hämatopan anderen Präparaten überlegen, welche es nicht enthalten.

Der unmittelbare Nährwert des Malzextraktes ist ein hoher. Ein Esslöffel voll davon entspricht dem eines Eies. Nachdem nun auch C. und E. Voit nachgewiesen haben, dass die Zucker, von denen wiederum z. B. der Milchzucker nach Albertonis Untersuchungen kaum halb so gut zur Resorption gelangt wie Malzzucker, echte Glykogenbilder sind, ist der Wert der Zuckerernährung als ein wesentlich anderer anzusehen als früher, wo ihnen nur eine bescheidene Nebenrolle als Eiweisssparer eingeräumt war.

Auch der aus der Gerste herrührende natürliche Gehalt des Malzextraktes an Eisen-, Fluor-, Kalcium- und Phosporsalzen kommt günstig in Betracht und lässt neben seinem Lezithingehalte es als geeignetes Blutbildungsmittel für Säuglinge, Brustkinder anämischer Mütter oder für künstlich ernährte Kinder mit eisenverarmtem Organismus ansehen.

Bei den meisten Blutpräparaten nun ist noch nicht der dritte Teil Hämoglobin, die übrigen 70% (!) sind Wasser mit Glyzerin und Alkohol, welche zur Konservierung zugesetzt sind. Die ekelhafte dickliche Flüssigkeit ist schon ihres Aussehens halber vielen zuwider und es ist daher ganz ausserordentlich freudig zu begrüssen, dass Dr. Wolff das malzig-würzig riechende und schmeckende, in Wasser leicht lösliche Hämatopan mit seinen 50% Bluteiseneiweiss neben 50% Nährzucker an Stelle dieser Präparate setzt.

Verwerflich sind dieselben nämlich infolge ihres oft kolossalen Bakteriengehaltes, den Koning (Pharm. Weeckblad 1900 № 4 u. 5) für Hämatogen nachgewiesen hat. Sämtliche derartig flüssig in den Handel gebrachte Blutpräparate stellen ideale Nährboden für Mikroben dar (mit 36000 bis 700000000 Mikroben in 1 gr. (!).

In dem absolut trockenen Malz-Bluteiweiss-Zucker dagegen ist den Spaltpilzen ihre wichtigste Grundlage zur Ernährung und Entwicklung geraubt durch den Mangel an Wasser.

Ich habe aus all diesen Ueberlegungen heraus das Hämatopan sofort in Gebrauch genommen und damit die Bestätigung meiner Erwartung gefunden. Andererseits sind die Versuche mancher Fabrikanten, Eisenpeptone oder Albumosen mit Eisenzusatz einzuführen, als gänzlich verfehlt zu betrachten.

Die Pepton- und Albumosenernährung, deren völlige Aburteilung durch R. Neumeister, G. v. Bunge und Fritz Voit endgültig geschehen ist, und zu welcher auch Verfasser sein Scherflein beigetragen hat, gehört den wissenschaftlichen Fehlschlägen an, sie ist als abgetan zu betrachten. Es werden ja auch von Fleischalbumosen nur 40—50% ausgenützt, während Fleischeiweiss in unveränderter Form 90% und darüber für die Verdauung ergibt.

Das Eisen wird zweifellos am bequemsten und besten aus dem Blute bezogen. Ist dasselbe bakterienfrei und das Oxyhämoglobin in der Weise darin verändert, dass es als reduziertes Hämoglobin, jedoch noch nicht in Hämatin umgewandelt zur Anwendung gelangt, so passiert es den Magen ungelöst, ohne in salzsaures Hämatin darin verwandelt zu werden, und es besitzt der Darm die Fähigkeit, dass dieses Eiseneiweiss aus dem Blute langsam aber sicher zur Aufsaugung kommt. (R. Kobert, Pharmakotherapie, p. 264).

In einem Falle schwerster Blutungen infolge Sigmoiditis dysenterica, wo die rein blutigen Abgänge sich auf 1 Liter im Tage bemassen, gab ich das Hämatopan zu 6 Teelöffeln, später zu 3 Esslöffeln und sah bei dem allmählich dem Tode abgerungenen Kranken die Besserung fortgesetzt weiterschreiten. Der Patient nahm das Mittel viele Wochen lang gerne ein und verlangte, wenn einmal eine Unterbrechung von 2—3 Tagen vorkam, selbst danach, da er den kräftigenden Einfluss daselbst wahrzunehmen angab. Es ist somit zum mindesten erwiesen, dass das Blutersatzpräparat lange Zeit in grossen Gaben ohne jede schädliche Nebenwirkung gereicht werden kann.

Ueber die Herstellungsweise des neuen Erzeugnisses erübrigt nur noch folgendes zu sagen nach Dr. Wolff: Defibriniertes Blut wird durch Aetherzusatz lackfarben gemacht, von Zersetzungsprodukten und Mikroben befreit, darauf im Vakuum mit einem Zusatz von 50% Malzextrakt zur Trockene verdampft. Es hat eine fein krystallinische Lamellenform von rubinroter Farbe und löst sich leicht in Wasser zu einer Flüssigkeit von der Farbe des lackfarben gemachten arteriellen Blutes.

Die in der Versuchsstation des Geheimen Regierungsrates Prof. Dr. J. König in Münster ausgeführte Analyse des Hämatopans hat folgendes Ergebnis:

Wasser 6,58%.

Stickstoff 8,35%, Stickstoffsubstanz 52,19%, wovon 96,41% verdaulich;

Stickstoff, wasserunlöslich 2,36%.

„ wasserlöslich 5,99%; wovon koagulierbar durch Erwärmen 5,25%, wovon Albumosenstickstoff 0,45%, wovon fällbar durch Phosphatwolframsäure 0,06%.

Zucker (als Maltose) 26,05%.

Dextrin 12,92.

Asche 2,15%, darin Eisenoxyd 0,21%, Gesamtphosphor 0,589%, Lezithinphosphor 0,108%, entsprechend Lezithin 1,2%.

Hämoglobin 43,8% berechnet aus dem Eisengehalt, Reaktion der wässerigen Lösung schwachsauer (Phosphate).

Hämatopan enthält mithin einen relativ hohen Lezithingehalt von 1,20%, wie er so vielfach oft auf mühsamsten Wege fabrikatorisch zu erreichen gesucht wird.

Der Gehalt an Lezithin, dem physiologischen Phosphor, lässt daher bei der hohen Bedeutung dieser Verbindung das Hämatopan in dem besonderen Lichte erscheinen, das der Eingang dieser Abhandlung auf dieses Präparat warf: Diesem Lezithingehalt ist die Anregung der vitalen Energie zu danken, durch seine Gegenwart ist das Hämatopan charakterisiert als ein die Ernährung und die Zellenenergie anregendes Präparat, dessen Bestandteile dem Organismus besonders zunutze kommen, und nicht wie die Pepton- und Albumosenpräparate als teure Abführmittel unverändert im Kote wieder erscheinen. Es erscheint daher auch zur Zellmast geeignet.

Es empfiehlt sich wegen der nervenanregenden Eigenschaft des Lezithins vom Hämatopan Gebrauch zu machen auch in allen Fällen von Neurasthenie und Hysterie und dasselbe getrost nicht nur als Bluterneuerungs- sondern auch als Nährmittel anzusehen, zumal es, wie an dem Falle schwerster Colitis dysenterica gezeigt ist, auch in Fällen von gereizten Schleimhäuten selbst bei lange fortgesetztem Gebrauche dieselben in keiner Weise alteriert; es stellt daher ein ideales Mittel für rektale Ernährung dar, zumal wie v. Mering gezeigt hat, Zuckerklysmata den Hauptwert für die Dickdarmresorption besitzen und den Eiweissklysmata bei weitem überlegen sind.

Da endlich nach den Untersuchungen von Fritz Voit subkutan einverleibt alle anderen Zucker ausser den Monosacchariden und der Maltose unverändert im Harne wieder erscheinen, während letztere auch bei subkutaner Einverleibung sich zu Glykogen umlagern — da die Maltose im Blute sich einfach in zweimal Dextrose aufspaltet — so stellt das neue Präparat Hämatopan auch für Versuche mit subkutaner Ernährung in Fällen von erwünschter Magenausschaltung (welche nicht möglich ist bei der reflektorischen Sekretionsanreizung vom Dickdarm) ein ideales Mittel dar.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

O. Sprengel: Appendizitis. Stuttgart, Verlag von F. Enke 1906. (Deutsche Chirurgie Lief. 46 d.).

Das Sprengel'sche Buch ist wohl das reichhaltigste, das wir jetzt über die Appendizitis besitzen. Trotz der enormen Zahl von Publikationen über diese wichtige und häufige Krankheit, giebt es noch so manche Frage, die erst in Zukunft gelöst werden wird. Immerhin sind unsere Kenntnisse soweit vorgeschritten, dass ein gewisser Abschluss in den Grundproblemen erreicht ist. Daher ist das Erscheinen einer zusammenfassenden Darstellung der Lehre von der Appendizitis als zeitgemäss zu bezeichnen. Der Namen des Verfassers bürgt für den Wert des Buches. Das Literaturverzeichnis nimmt 112 eng gedruckte Seiten ein. Der Inhalt ist wie folgt gruppiert: I. Anatomie, vergleichende Anatomie, Physiologie. II. Pathologie (Geschichte, Benennung, Einteilung, pathol. Anatomie). III. Klinik (Akute Appendizitis, Krankheitsbild, Diagnose, chronische Appendizitis). IV. Prognose und Statistik. V. Behandlung. VI. Technik. VII. Spätfolgen der Appendizitis (Darmverschluss und Bruchbildung nach Operationen). — Die Stellung Sprengel's zur brennendsten Tagesfrage, der Frühoperation, erhellt aus dem Satz: «Jeder Fall, der sich nach 24 Stunden nicht dezidiert in allen Symptomen bessert, sollte operativ angegriffen werden».

Wanach.

Spemanns Historischer Medizinalkalender, bearbeitet von Prof. Dr. J. Pagel und Prof. Dr. J. Schwalbe in Berlin. III. Jahrgang 1907. Verlag von W. Spemann in Berlin und Stuttgart.

Es war eine glückliche Idee, als die Professoren Pagel und Schwalbe im Jahre 1905 zum ersten Male mit einem medizinischen Kalender hervortraten, der nicht nur die notwendigsten Kalendernotizen enthielt, sondern auch wichtige Daten aus der Geschichte der Medizin, zahlreiche Bildnisse von hervorragenden Medizinern und Naturforschern, sowie eine Sammlung von Aphorismen brachte, deren Inhalt sich meist auf die Ethik des ärztlichen Berufes bezog. Dass ein solcher illustrierter historischer Medizinalkalender den Aerzten nicht unwillkommen ist und namentlich ein lebhaftes Interesse für die Porträts derjenigen Männer vorhanden ist, deren Werke in der Geschichte der Medizin bleibende Spuren hinterlassen haben, geht auch aus den zustimmenden Zuschriften von Kollegen an die Herausgeber hervor.

Der vorliegende III. Jahrgang des Kalenders ist nun sowohl in seinem illustrativen Teile als auch bezüglich der Sentenzensammlung vollständig erneuert worden. Er bietet auf jedem der 184 Abreissblätter, ausser je zweien Tagesdaten, kurze biographische Notizen über hervorragende Forscher auf dem Gebiete der Medizin und andere medizinhistorische Daten, sowie bemerkenswerte Aussprüche grosser Männer, zugleich aber auch an der Spitze eines jeden Blattes in vorzüglicher Ausführung das Porträt eines berühmten Arztes oder eine bildliche Darstellung ärztlicher Funktionen, chirurgischer Operationen etc. durch die Meisterhand Rembrandts und anderer grosser Künstler. Die Abbildungen sind vorwiegend aus der medizinischen «Ahnengallerie» entnommen und stammen fast sämtlich aus den reichhaltigen Sammlungen der Herren Dr. Roediger (Frankfurt a/M.) und Prof. Dr. v. Toply (Wien).

Der neue Jahrgang des historischen Medizinalkalenders wird in seiner vorzüglichen Ausstattung mit dem reichen Bilderschmuck nicht verfehlen, unter den Aerzten das Interesse an der Vergangenheit der Medizin zu wecken und das Studium der Geschichte unserer Wissenschaft zu beleben und zu fördern.

Bernhoff.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Seinen 70. Geburtstag beging vor kurzem der bekannte Pathologe, Professor emer. Dr. Georg Eduard v. Rindfleisch, der zu Beginn des laufenden Wintersemesters seine Lehrtätigkeit an der Würzburger Universität aufgab.

— Zum Professor der Therapie am klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna ist der bisherige ältere Assistent an der therapeutischen Klinik des genannten Instituts Dr. Demetrius Romanowski gewählt worden.

— Das 25-jährige Jubiläum ihrer ärztlichen Tätigkeit begingen vor kurzem die Charkower Aerzte Dr. W. Bobin und Dr. A. Rakowski. Beide Jubilare sind Ehrenmitglieder der Charkower medizinischen Gesellschaft.

— Zum Direktor der im Herbst zu Brüssel eröffneten «Schule für tropische Medizin», die sich vorzugsweise mit der Erforschung der Schlafkrankheit befassen soll, ist Dr. van Campenhout ernannt worden.

— Das Serbensche Doktorat (Livland, Kreis Wenden) das nach Uebersiedelung von Dr. Hugo Seeberg nach Walk leer stand, soll Dr. R. Krasting aus dem Inneren des Reiches übernehmen.

— Dem Militärarzt, wirkl. Staatsrat Dr. S. Pissarenko, der der Person des Emirs von Buchara attachiert ist, wurde ein Ring mit dem Namenszuge Seiner Majestät Allerhöchst verliehen.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 2. Dezember in Moskau Dr. Peter Plotnikow, Arzt am Landschaftshospital in Morschansk, im Alter von 40 Jahren nach 13-jähriger praktischer Tätigkeit als Landschaftsarzt. 2) Im Kirchdorfe Bolschinskaja (im Gebiet der Donischen Kosaken) der Arzt des dortigen Bergwerks Dr. Paul Bobin im 58. Lebensjahre an Pneumonie. Seine medizinische Ausbildung hatte er an der mediko-chirurgischen Akademie erhalten und war seit 1873 als Arzt tätig, anfangs als Landschaftsarzt im Twerschen Gouvernement, dann als freipraktizierender Arzt in Charkow und in den letzten 13 Jahren in der obenerwähnten Stellung. Der Verstorbene galt als tüchtiger Arzt und erfreute sich allgemeiner Liebe und Achtung unter der Bevölkerung. 3) Im Kirchdorfe Rasdolnoje (im Küstengebiet) der Divisionsarzt der II. ostsibirischen Schützendivision, Staatsrat Dr. Arkadius Dronsikow im 64. Lebensjahre. Die Venia practicandi hatte er im Jahre 1870 erlangt. 4) Im Gouv. Baku der jüngere Arzt des Daghestanschen Infanterieregiments Dr. Sergius Kuzenko im Alter von 30 Jahren nach kaum fünfjähriger ärztlicher Tätigkeit.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Beim hiesigen Institut für Experimental-Medizin fand am 21. Dezember die Eröffnung einer «Klinik für Hautkrankheiten» statt, die auf Kosten des Kaufmanns N. Ssinjagin erbaut und mit allen neuen Hilfsmitteln (Kabinette für Wasser-, Licht- und elektrische Behandlung) ausgestattet ist. Die Leitung dieser Klinik mit 30 Betten wurde dem bekannten Spezialisten für Hautkrankheiten und Syphilis Dr. A. N. Ssolowjew übertragen. In dem dreistöckigen Gebäude der Klinik ist auch ein Laboratorium für experimentelle Syphilidologie eingerichtet, dessen Leitung Prof. D. K. Sabolotny übernommen hat. Für den Bau, die Einrichtung und den Unterhalt von 10 Freibetten hat der Stifter mehr als 400,000 Rbl. gespendet.

— Stipendienstiftung. Der verst. Hauslehrer Letz hat der Odessaer Universität ein Kapital im Betrage von 10,000 Rbl. testamentarisch vermacht zu einem Stipendium für einen der würdigsten Studierenden dieser Universität. Das jährliche Stipendium hat L. auf 1000 Rbl. festgesetzt, da seiner Meinung nach ein Student sich nur dann ganz der Wissenschaft widmen kann, wenn er materiell vollkommen sichergestellt ist.

— Der ausserordentliche Professor und Direktor der medizinischen Poliklinik in Jena Dr. Gerhardt hat einen Ruf als ordentlicher Professor und Direktor der medizinischen Poliklinik an die Universität Erlangen erhalten, als Nachfolger Prof. Voits.

— Dem Privatdozenten der Berliner Universität und langjährigen Assistenten an der von Prof. Senator geleiteten Universitäts-Poliklinik Dr. Paul Richter ist der Professortitel verliehen worden.

— An der Moskauer Universität haben in der medizinischen Prüfungskommission 196 Personen, darunter 37 Frauen, das Examen bestanden und den Arztgrad erlangt.

— An den 21 Universitäten des Deutschen Reiches sind im laufenden Wintersemester 45,136 Studierende immatrikuliert, worunter sich 254 Frauen befinden. Von diesen studieren 7098 Medizin und 1746 Pharmazie. Dazu kommen noch 5209 freie Zuhörer (3104 männliche und 2105 weibliche).

— Das Pasteur-Institut in Paris hat dieser Tage eine sehr bedeutende Erbschaft gemacht: ein reicher Grundbesitzer in Le Luc, M. Andrac, hat sein gesamtes Vermögen, das auf 1¼ Millionen Francs (= 500,000 Rbl.) veranschlagt wird, dem genannten Institut vermacht.

— Auf Verfügung des Kriegsministers wurde den Stipendiaten der militär-medizinischen Akademie vom Stipendium für die Zeit von 10 Tagen, während welcher die Akademie letzthin geschlossen war, ein Abzug im Betrage von 8 Rubeln gemacht. Wie die «Russ» erfährt, haben diese Stipendiaten beschlossen, den Kriegsminister auf Ersatz der 8 Rubel gerichtlich zu verklagen.

Standesangelegenheiten.

— Der Moskauer Stadthauptmann hat dem dortigen Arzte Dr. Blumenthal nicht gestattet, eine öffentliche Vorlesung über «Tuberkulose und ihre sozialen Ursachen» zum Besten der Pirogowkommission für Verbreitung hygienischer Kenntnisse unter dem Volke zu halten.

— In Charkow wurden in der Wohnung des Arztes Löwen-Ziegler (?) 12 Personen verhaftet, darunter er selbst, seine Gattin und seine Mieter. In dieser Wohnung soll sich das Wahlkomitee der Sozialdemokraten versammelt haben.

— Die wegen politischer Umtriebe arretierten Aerzte N. Kwasnewski und L. Salski sind unter der Bedingung aus der Haft entlassen worden, dass sie sofort Russland verlassen.

— Die Aerztin Sargh Teumin, welche die kleine Krugowsche Heilanstalt der Klinischen Kreislandschaft leitete, ist auf Anordnung des Moskauer Gouverneurs aus ihrer Stellung entlassen worden, weil sie Revolutionäre bei sich beherbergt haben soll. Sie hatte sich vor dem Erscheinen der Polizei geflüchtet.

— Afrikanische Aerzte. Während die moderne wissenschaftliche Heilkunde sich auf die Erkenntnis der Natur stützt, liegen diese Prinzipien der Denkweise der Naturvölker ganz fern. Ihrem Gedankenkreise steht die Annahme näher, dass Krankheiten und Tod durch Gottheiten, Ahnengeister und Dämonen bewirkt werden; daher suchen sie in Krankheitsfällen bei Priestern, Zauberern und Wahrsagern ihre Zuflucht und wenn es bei ihnen Aerzte giebt, so sind auch sie Leute, die mit übernatürlichen Kräften ausgerüstet sind. So erzählt Bernhard Struck in der «Münchener mediz. Wochenschrift» z. B. von den Negervölkern des afrikanischen Kontinents, dass bei ihnen ein Aerztestand vorhanden ist, die mit Hülfe ihrer Fetische den bösen Geist, der die Krankheit gebracht, bannen und versöhnen. Es ist selbstverständlich, dass die Aerzte bei ihrem Heilverfahren auch von einheimischen Heilpflanzen und Giften ausgiebigen Gebrauch machen, ihr Ansehen beruht aber auf ihren Beziehungen zu höheren Mächten. Sie müssen deshalb den Schein des Wunders stets zu wahren suchen. Aus diesem Grunde erhält die ganze Umgebung des Zauberdoktors, seine Kleidung, Wohnung und Lebensweise etwas Phantastisch-Mystisches. Wenn er sich zu seinen Patienten begibt, so legt er grellfarbige Gewänder an, bemalt sein Gesicht, setzt einen Federbusch auf den Kopf und hängt an Schnüren und Riemen Knochenteile und mit dem Zauberbrei gefüllte Antilopenhörnchen um den Hals. Bezahlung erhält der Arzt gewöhnlich nur dann, wenn seine Kur glückt, meistens aber fordert er allerlei Opfergaben für seinen Fetisch, die natürlich ihm selbst zugute kommen. Interessant ist die Tatsache, dass unter diesen Aerzten das Spezialistentum ausgebildet ist. Das medizinische Material ist so gross, dass ein einzelner Mensch es nicht in seinem vollen Umfange beherrschen kann. Bei den Kaffern soll es acht verschiedene Arten von Doktoren geben. An der Kongomündung gibt es Spezialisten für Bauchkrankheiten. Häufig dienen Musiker den Aerzten als Assistenten, wahrscheinlich wegen der beruhigenden Wirkung, die die Musik auszuüben vermag. Dass es auch weibliche Negerärzte gibt, ist gewiss eine zeitgemäss anmutende Erscheinung. Wer sich dem ärztlichen Berufe widmen will, muss sich einer Ausbildung unterziehen, die 1 bis 5 Jahre in Anspruch nimmt. Sie erfolgt an gewissen Versammlungsorten der Medizinmänner, doch lernt man nur bei einem, da es wohl nur wenigen gelingen würde, mehr als eines grossen Mannes Geist in sich aufzunehmen. Der Unterricht ist theoretisch und praktisch. Der Zögling hat das Aufsuchen der Medizinen in den Wäldern und Feldern zu lernen und muss sich am Krankenlager die notwendigen Zeremonien und Zaubereien aneignen. Seine Fähigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufes hat er in einer Prüfung nachzuweisen, die bei Gelegenheit einer Versammlung der Medizinmänner stattfindet. Fällt der Kandidat durch, so kann er die Prüfung nur einmal wiederholen. Bei seiner Approbation erhält er gewöhnlich ein Abzeichen seiner Würde, bei den Wassumbwa in Deutsch-Ostafrika zum Beispiel eine Löwenklaue, die ihm an eine Stirnlocke gebunden wird. Wenn der neue Arzt zu seinem Stamm zurückkehrt, so muss er sich in öffentlicher Versammlung durch verblüffende Zauberkunststücke einführen, wenn er das Vertrauen seiner Genossen gewinnen will.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Zu dem vom 28.—30. Dezember stattfindenden VI. Allrussischen Chirurgenkongress waren laut telegraphischer Mitteilung am 27. Dezember bereits gegen 100 Chirurgen, darunter viele Professoren und Dozenten aus Petersburg, Kiew und Charkow in Moskau, eingetroffen. Zum Präsidenten wurde Prof. Dr. Ssapjeshko aus Odessa gewählt.

— Der Minister des Innern hat dem Verbande der Arztgehülfen gestattet, einen Kongress der Feldscher, Feldscherinnen und Hebammen für die Zeit vom 20.—25. Januar 1907 nach Moskau einzuberufen.

Verschiedene Mitteilungen.

— Auch im Kampfe gegen die Schlafkrankheit, die in den letzten Jahren in Zentralafrika in schreckenerregender Weise um sich gegriffen hatte, hat nun die deutsche medizinische Wissenschaft unter der bewährten Führung Prof. Robert Kochs einen grossen Erfolg errungen. Wie aus Kochs Berichten über seine Arbeiten und Erfolge gegenüber der Schlafkrankheit hervorgeht, unterliegt es keinem Zweifel mehr, dass es ihm nach jahrelanger methodischer Arbeit gelungen ist, in dem Atoxyl ein Mittel zu finden, das sich gegen die Schlafkrankheit glänzend bewährt hat. Es vernichtet in dem Blute der von der Schlafkrankheit befallenen Menschen die Erreger dieser Krankheit, die Trypanosomen, vollständig, so dass man mit ihm jedenfalls wie mit dem Chinin gegen die Malaria den Vernichtungskampf gegen die Trypanosomen des Menschen wird führen können. Die Zahl der von der Koch'schen Expedition in Behandlung genommenen Kranken beträgt schon mehr als tausend.

Der Kongostaat hatte die fürchterliche Bedeutung der unheimlichen Krankheit durch Aussetzung eines hohen Preises für ein Mittel gegen sie schon vor längerer Zeit anerkannt. Die deutsche Wissenschaft unter der sieggewohnten Führung Robert Kochs hat nun über diese Geissel der Menschheit den Sieg davongetragen.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 9. Dez. d. J. 11880 (125 wen. als in der Vorwoche), darunter 1041 Typhus — (55 wen.), 1213 Syphilis — (1 mehr), 505 Scharlach — (4 wen.), 255 Diphtherie — (14 wen.), 122 Masern — (15 mehr), und 9 Pockenkranke — (1 mehr als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 3. bis zum 9. Dez. d. J. im ganzen 847 (488 M., 359 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 18, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 36, Scharlach 45, Diphtherie 55, Croup 0, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 32, Erysipelas 2, Grippe 5, Katarrhalische Lungenentzündung 113, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberkulose der Lungen 104, Tuberkulose anderer Organe 23, Alkoholismus und Dilirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 56, Marasmus senilis 18, Krankheiten des Verdauungskanals 94, Totgeborene 38.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 9. Jan. 1907.

Tagesordnung:
(Jahressitzung).
Präsidialvortrag.
Berichte der Sekretäre und des Kassierers.
Wahlen.

— Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 15. Jan. 1907.

Tagesordnung:
Westphalen: Ueber Romanoskopie.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frl. Pauline Winkel, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Zum Zweck der jährlich stattfindenden Kontrolle der Adressen der in der Liste der «St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift» verzeichneten Krankenpflegerinnen ersuchen wir Diese hiermit der Redaktion Ihre jetzigen Adressen mitzuteilen.

Die Redaktion
der „St. Petersburger Med. Wochenschrift".

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften.

№ 1. Beilage zur „St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift". 1906.

RUSSISCHE MEDIZINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Chirurgija (Chirurgie).
Detskaja Medizina (Kinderheilkunde).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Odontologitscheskoje obosrenje (Odontologische Rundschau).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Pharmazewt (Pharmazeut).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i veneritscheskich bolesnei (Russ. Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt
Ssowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Ssowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski Shurnal. (Militär-Medizinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).

Medizinskoje Obosrenje (Medizinische Rundschau). Nr. 17—19. 1905.

J. Tschuprina: «Zur Frage der Polyzythaemie des Blutes und der Ikterus bei Neugeborenen». (Nr. 17).

Die Arbeit bietet nichts Neues.

A. Iwanoff: Zur Frage der Bakteriologie der Masern». (Nr. 17).

Iwanoff hat im Blute Masernkranker dünne Stäbchen mit gerundeten Enden gefunden. Mit Kulturen angestellte Impfversuche an Tieren ergaben positive Resultate. Blutserum Masernkranker aus der 3. Woche zeigte agglutinierende Eigenschaft in Lösung von 1:30:75:100 mit einer eintägigen Bouillonkultur der Stäbchen. Die Stäbchen ballten sich zu Häufchen zusammen und verloren die Eigenbewegung. Dieses erfolgte nicht mit Blutserum Gesunder. Verfasser glaubt berechtigt zu sein, in diesen Stäbchen den spezifischen Erreger der Masern zu sehen.

M. Margulis: «Zur Frage der Tabes bei Kindern». (Nr. 17).

Eine Krankengeschichte.

J. Rachmanoff: «Ein Fall von neuropatischem Oedem bei einem Kinde». (Nr. 17).

Verfasser teilt eine Krankengeschichte mit, und knüpft daran eine eingehende Betrachtung der Literatur der angioneurotischen Oedeme.

G. Ssacharoff: «Zur bakteriologischen Diagnostik der Zerebrospinalmeningitis». (Nr. 18).

Der Autor hat im Institut für Experimentalmedizin in Frankfurt a./M. über Meningitis cerebrospinalis bakteriologisch gearbeitet. Er hebt hervor, wie wichtig es sei, dass alle Untersuchungsmethoden angewandt würden. Bei einer Untersuchung von Zerebrospinalflüssigkeit, von einem Patienten des Krankenhauses, mit der Diagnose «tuberkulöse Meningitis», wurden mikroskopisch weder Tuberkelbazillen, noch Meningokokken entdeckt. Nun wurde ein Teil des abzentrifugierten Bodensatzes zu Kulturen verwandt, mit dem Rest wurden Meerschweinchen geimpft. Die Kulturen lieferten Diplokokken, welche zu der Gruppe von Diplokokken zu gehören schienen, die nach Jäger die Erreger der epidemischen Zerebrospinalmeningitis sind. Nach einiger Zeit wurden die Meerschweinchen getötet; die Sektion ergab Tuberkulose. Weiter behandelt Verfasser die sogen. «partielle Agglutination» und erwähnt interessanter Erscheinungen, doch lässt sich dieser Teil der Arbeit schwer in einem kurzen Referat wiedergeben.

W. Semblinoff: «Ein Fall von, im ductus Aquae Sylvii eingeklemmtem Cysticercus». (Nr. 18).

Krankengeschichte.

K. Ssuhoff: «Ein Fall von Fibroma molluscum multiplex und Anomalie in der Entwickelung des Auges». (Nr. 18).

Krankengeschichte.

A. Beketoff: «Ein Fall von Aneurysma der Bauchaorta» (Nr. 18).

Krankengeschichte.

A. Woloschin: «Zur Frage der syphilitischen Aortitis». (Nr. 19).

Nach Chiari, Straube u. A. unterscheidet sich die gewöhnliche chronische Aortitis wesentlich von der luetischen. Während bei ersterer die Degeneration und Nekrose die Intima betrifft, beginnt die luetische Aortitis mit Entzündung der Media und Adventitia. Andere Autoren wollen solche Unterschiede nicht beobachtet haben. 2 Fälle von syphilitischer Aortitis, welche Woloschin mitteilt, bieten beide das Bild der für syphilitische Aortitis charakteristischen, produktiven Entzündung der Aorta dar.

W. Alexandriski: «Mortifikation des Gewebes nach Quecksilberinjektionen». (Nr. 19).

Verfasser teilt 6 Fälle aus der Literatur und 2 eigene Fälle mit.

W. Seronin: «Ein Fall von Syphilis maligna». (Nr. 19).

Krankengeschichte.

A. Radsiewski: «Giebt es Autonephrolysine?». (Nr. 19).

Bei seinen Tierexperimenten hat Verf. in Bezug auf Unterbindung eines Ureters die gleichen Beobachtungen machen können wie Albarran. Die Untersuchungen über Isonephrolysine ergaben widersprechende Resultate. Serum von Hunden mit geringer Albuminurie tödtete zwei andere Hunde,

während ein Serum, das eben einen Hund getötet hatte, bei einem anderen Hunde nicht einmal Albuminurie verursachte.

W. Iwanoff: «Ueber die Todesursachen bei Krebskranken». (Nr. 19).

Nach 100 Sektionsprotokollen Krebskranker hat Verf. eine statistische Zusamenstellung der Todesursachen gemacht. Er vergleicht das Ergebnis seiner Arbeit mit einer Arbeit von M. Simmands. Nach letzterem starben: 33 pCt. direkt an Krebskachexie, 33 pCt. an Komplikationen, welche direkt vom Leiden bedingt waren: 30 pCt. an Komplikationen, die mit dem Leiden indirekt zusammenhing, in 4 pCt. war die Todesursache eine völlig zufällige. Iwanoff fand für dieselben Gruppe 35 pCt., 37 pCt., 22 pCt. und 6 pCt.

In beiden Arbeiten ist es der dritte Teil aller Krebskranken, der an Krebskachexie zu Grunde geht.

E. Mickwitz.

Russkij Wratsch (russischer Arzt).

NNr. 30—34. 1905.

G. Gabritschewski: «Die Streptokokkenvaccine und ihre Anwendung bei Scharlach». (Nr. 30).

G. proponiert Schutzimpfung bei Scharlachepidemien mit Streptokokkenvaccine, was billiger und wirksamer als die Serotherapie. Das Tierexperiment überzeugte den Verfasser von der Möglichkeit der Erreichung hoher Immunitätsgrade durch Einverleibung abgetödteter Streptokokkenkulturen in steigender Konzentration. Die Unschädlichkeit der Vaccine versuchte Verf. zuerst an sich.

J. Hagen-Torn: «Zur Frage der intermittierenden Exophtalmie bei Varix razemosus capitis». (Nr. 30).

Fall eines Angioms des Kopfes, welches vom hinteren oberen Winkel des Parietale bis zum linken Ohr sich hinzog und durch enorm weite emissarii Santorini mit den grossen Venensinus der Schädelhöhle kommunizierte. Bei Neigen des Schädels nach vorne, tritt das linke Auge hervor, das Sehen wird nebelhaft, es tritt Oedem der Lider ein. Die Exstirpation der Geschwulst befreite Patienten auch von den Augensymptomen. Verf. rät bei voraussichtlich blutigen Operationen an der Kopfhaut, wie auch hier geschehen durch 2 Reihen von Umstechungen das Operationsgebiet zu versorgen und dann den Schnitt zwischen den Reihen anzulegen. Man operiert so fast blutleer.

I. Barannikow: «Beobachtung über scharlachähnlichen Ausschlag». (Nr. 30).

Verf. führt mehrere Fälle an, wo Kinder mit einem Ausschlag befallen wurden, der zwar sehr dem skarlatinösen ähnelte, dennoch sowohl was die Verbreitung auf dem Körper anlangt, als auch die Begleiterscheinungen, ein vom Scharlach abweichendes Bild zeigte. Filatow hat zuerst auf eine Erkrankung aufmerksam gemacht. Als Resumé stellt B. folgende Gründe auf:

1) Aehnlichkeit des Ausschlags mit dem skarlatinösen.
2) Die Weiterverbreitung von oben nach unten.
3) Die relat. niedrige Temp. und geringe Pulssteigerung.
4) Der schnelle und leichte Verlauf.
5) Der frühe Eintritt der Abschuppung.
6) Das Auftreten des Ausschlags bei Personen die Scharlach gehabt.
8) Fehlen der Scharlachimmunität bei Personen, die unlängst in Rede stehende Krankheit durchgemacht.

Die Kenntnis dieser Erkrankung ist wichtig, da bei letzterer die bei Scharlach notwendigen, oft so einschneidenden Massnahmen der Isolierung und Prophylaxe, unnötig sind.

W. Barykin: «Ueber die Behandlung der Dysenterie mit spezifischem Serum». (Nr. 30).

Vorzüglicher Ueberblick über Entwicklung und Stand der Dysenterieforschung und eine Anzahl von Versuchen mit der Serotherapie, die durchweg günstige Resultate aufzuweisen hat.

A. Baibakow: «Zur Frage der Einwirkung des salpetersauren Silbers auf die Zusammensetzung des Magensaftes und die Motilität des Magens bei Kranken». (Nr. 31, 32, 33).

Es ergaben sich aus der Arbeit folgende Resultate:

1) Salpetersaures Silber erhöht die Gesamtazidität und den HCl-gehalt des Mageninhalts, auch selbst bei bestehender Hyperazidität. Daher kontraindiziert bei Hyperazidität, Hypersecretio hyperacida, Gastrosuccorrhoea und bei Ulkus rotundum. Indiziert bei herabgesetzter HCl-absonderung. 2) Die Eiweissverdauung wird unter dem Einfluss des salpetersauren Silbers beschleunigt. 3) Es wirkt fäulnishindernd. 4) Es wirkt fördernd auf die Motilität des Magens.

Da nicht nur nach grossen Dosen, sondern auch schon nach kleinen Gaben eine Wirkung zu konstatieren ist, so wird man sich dies Faktum bei länger dauernder Behandlung zu nutze machen müssen.

O. Bairaschewski: «Ein Fall vollständiger Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand, bei gleichzeitiger Atrophie beider Mandeln». (Nr. 31).

Als Grund eines solchen Vorkommnisses ist in weitaus den meisten Fällen die Syphilis anzusehen. Auch in unserem Fall ist es am wahrscheinlichsten, dass Patient als Kind eine syphilitische Gaumenaffektion gehabt, die zum Durchbruch führte.

Im Anschluss hieran die Verwachsung mit der hinteren Rachenwand. Die Atrophie der Mandeln erklärt Verf. ebenfalls durch Uebergreifen der syphilitischen Ulzeration auf dieselben.

N. Sadokow: «Ein Fall von Schädelverletzung durch einen Bären». (Nr. 31).

A. Wassutinski: «Die laut Gesetz für den Militärdienst genügende Sehfähigkeit». (Nr. 31, 32, 34).

In längerer Arbeit wird die Unzulässigkeit der jetzigen Gesetzesbestimmungen über die zum Militärdienst genügende Sehfähigkeit nachgewiesen. Zum Schluss fordert Verf.:

1) Die Durchsicht der diesbezüglichen Bestimmungen.

2) Die neuen Bestimmungen sollen einer Versammlung der Bezirksokulisten mit Hinzuziehung kompetenter Personen ausgearbeitet werden.

3) Zur Erhöhung der kulturellen Entwicklung der Armee und ihrer Schlagfertigkeit ist es notwendig möglichst bald das Tragen von Brillen, farbloser und farbiger zu gestatten, sowohl ausser, als auch in der Front.

A. Mendelsohn: «Die akute Alkoholvergiftung in Petersburg. Die Entalkoholisierungsasyle». (Nr. 31, 32. 33).

Nach eingehender Beschreibung der erschreckenden Zustände, die in den der Polizei unterstellten Ernüchterungs-Gewahrsamen herrschen, die in jeder Beziehung unzweckmässig und ungenügend sind, richtet Verf. einen Apell an die Gesellschaft, in den Alkoholikern Kranke zu sehen, die der Fürsorge bedürfen. Er stellt folgende Forderungen auf:

1) Die Fürsorge für Personen im Stadium akuter Alkoholvergiftung soll der Polizei genommen und der städtischen Organen der Selbstverwaltung übertragen werden. Letztere soll besondere Asyle einrichten, in denen die Kranken sich ernüchtern und wo die Vergiftung ärztlich behandelt wird.

2) Die Mittel zur Organisation dieser Idee sollen vom Ministerium der Finanzen aus den Einnahmen des Branntweinmonopols geschafft werden.

3) Die Mässigkeitsvereine sollen schon jetzt, vor Verwirklichung obiger Vorschläge provisorische Asyle nach dem Vorbilde der in Jaroslaw errichteten ins Leben rufen.

B. Finkelstein: «Zur Frage der chirurgischen Behandlung der subkutanen Milzrupturen». (Nr. 32).

F. beschreibt 3 Fälle von denen 2 genasen. Hinsichtlich der Entstehung ist allen dreien gemeinsam das heftige Trauma

bei durch Malaria verändertem Milz-Gewebe. Der grösste Teil der von diesem Unfall Betroffenen geht zu Grunde (95 pCt.), bevor Hilfe geschafft wurde. Die einzige Rettung liegt in möglichst frühzeitiger Operation. Mortalität hierbei 37 pCt. Die jüngste Arbeit von Neck (Münchener Med. Wochenschrift Nr. 11) zählt 74 Fälle auf.

N. Berestnew: «Serodiagnose und Hämolyse in ihrer Anwendung als Erkennungsmittel der Choleravibrionen». (Nr. 33).

Die diagnostischen Mittel die uns zur Differentialdiagnose der Choleravibrionen zur Verfügung stehen, sind: Die Agglutination, die Praezipitation und die Bakteriolyse (Pfeiffer), von diesen ist das Hauptgewicht der Agglutination zuzuerkennen. Der Untersuchung der hämolytischen Eigenschaften der Vibrionen zwecks Diagnose kommt nur eine untergeordnete Bedeutung zu.

B. Klein: «Zur Frage der Choleraschutzimpfung». (Nr. 33).

K. hat die Methoden von Neisser, Shiga und von Kolle nachgeprüft und kommt zum Resultat, dass sowohl die eine, wie die andere Methode positiv ausfallen. Bei allen Versuchen blieben die geimpften Tiere am Leben, die Kontrolltiere gingen zu Grunde. Die Kolle'sche Methode, die einfacher (durch Erhitzen auf 58° abgetödtete Agarkulturen) giebt stärkere Reaktionen, als die Shiga'sche, welche zu Impfungen in grossem Masstabe wieder umständlicher ist. Sehr bewähren würde sich bei Kranken und sensiblen Menschen zuerst eine Impfung nach Neisser, Shiga, dann 2 ccm. nach Kolle. Die Dauer der Immunität ist noch unbekannt.

A. Agababow: «Ueber die Färbung der Neurolgia nach Weigert». (Nr. 34).

Verf. hat die Weigert'sche Färbemethode der Neuroglia modifiziert, so dass ihre Anwendbarkeit wesentlich einfacher sich gestaltet, ohne dass die Vorzüge der Methode Einbusse erleiden. Die Details müssen aus der Arbeit ersehen werden.

O. Helsingius: «Zur Frage der Hemisystolie nach Leiden». (Nr. 34).

Verf. giebt die Krankengeschichten zweier genau beobachteter Fälle von gedoppeltem Spitzenstoss. Er kommt zum Schluss, dass eine Hemisystolie im Sinne Leydens (verursacht durch die nicht gleichzeitige Kontraktion der Ventrikel) nicht existiert, resp. nur in der Agone vorkommt, und giebt Riedel und seinen Anhängern Recht, die dieses Phänomen als Bigeminie auffassten und durch die Kurven beweisen konnten. (Nr. 34).

N. Rosenberg: «Ueber den Einfluss des Lackierens der Haut auf die Netzhaut».

R. benutzte zu seinen Experimenten Frösche, Meerschweinchen, Kaninchen und Katzen. Es wurden entweder der ganze Körper oder Teile desselben lackiert. Die Tiere wurden nach Ablauf einer bestimmten Zeit getötet oder auch ganz ihrem Schicksal überlassen. Katzen und Kaninchen fieberten vom ersten Tage an. Es trat Albumen im Harn auf. Bei den Katzen fanden sich die schwersten Veränderungen, fast in allen Organen degenerative Prozesse. Dementsprechend fanden sich auch in der Netzhaut der Frösche die geringsten Veränderungen, stärkere beim Meerschweinchen und Kaninchen, die schwersten bei der Katze. Zu erklären ist dies dadurch, dass infolge der grossen Rolle, die die Hautatmung beim Frosche spielt, derselbe bei Lackierung rasch an Erstickung zu Grunde geht, während bei den anderen Versuchsobjekten das Experiment eine mehr weniger schwere Autointoxikation zur Folge hatte.

Luchsinger.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei. (Journal für Geburtshülfe und Gynaekologie.) September und Oktober 1905.

O. Küttner: «Ueber Pubiotomie». (Nr. 9 u. 10).

Nach einer kurzen literarischen Uebersicht führt Verf. die Gründe an, welche der rascheren Verbreitung der Symphyseotomie hindernd im Wege standen. Dazu gehören: der grosse Prozentsatz von Erkrankungen und Todesfällen, Läsionen der Blase und der Vagina, Blutungen, Hämatome mit Vereiterung, Thrombosen und Embolien, langsame Rekonvalescenz. Diese Nachteile kommen bei der Pubiotomie viel weniger in Betracht. Diese Operation ist von Gigli ins Leben gerufen, von van de Velde, Morisani und Döderlein ausgebildet und modifiziert. Bis jetzt sind 3 Todesfälle bekannt, Nebenverletzungen sind selten, die Blutung meist nicht stark, leicht zu stillen, die Heilung tritt rascher ein, als bei der Symphyseotomie. Die Operationsmethoden von Gigli, van de Velde und Döderlein werden beschrieben. Als Bedingung, die verlangt werden müssen für die Indikation der Pubiotomie, werden ausgeführt: 1) lebendes Kind, 2) Mehrgebärende, 3) wenn der Geburtsverlauf ein derartiger ist, dass man an eine Perforation des lebenden Kindes zu denken hat, 4) fügt Verf. hinzu: der Wunsch der Mutter, ein lebendes Kind zu haben. Die Conjugata darf nicht unter 7 ctm. betragen. Verf. schickt nicht ungern bei in Fragekommen einer Pubiotomie die hohe Zange voraus, die bei günstigen Bedingungen von Erfolg sein kann. Verf.'s Fälle sind folgende: V Gebärende. Conjugata 7,5—8,0 ctm.. Naegele'sche Einstellung des Kopfes, Wehenschwäche. Schnitt nach van de Velde, Blutung gering. Knochenränder 3 Finger breit von einander entfernt, leichte Zange, Kind 3440 Grm. Operationsdauer 25 Minuten. Gesund entlassen.

Zweiter Fall: III. Gebärende, platt rhachitisches Becken, Hinterscheiteleinemstellung. Temp.: 38°. Pubiotomie, nachher Zange, nach einer Parametritis gesund entlassen. Die Pubiotomie wird die Symphyseotomie ganz verdrängen.

O. Küttner: «Ein dritter Fall von Pubiotomie». (Nr. 9 u. 10).

II. Gebärende, erste Geburt endete mit Perforation Conjugata 8,5, Schädel in Litzmann'scher Obliquitatsstellung, kräftige Wehen, Bandl'sches Phänomen. Pubiotomie nach van de Velde, starke Blutung, Distanz der Knochenränder 3—4 Finger breit. Tarnier'sche Zange appliziert, Kind asphyktisch, belebt, 3210 Grm. Periost und Hautwunde, mit Seide vernäht, das Uebrige mit Catgut, Tamponade des retrosymphysären Raumes, Beckenbinde und darüber eine elastische Gummibinde. Postoperativer Verlauf fieberhaft, Bildung eines Dekubitus und einer empfindlichen Resistenz (Haematoma?). Gesund entlassen mit einem Knochenspalt von einem Finger breit.

K. Skrobanski: «Hyperemesis gravidarum und die Beziehung dieser Affektion zur Eklampsie». (Nr. 9 u. 10).

Im Wesentlichen eine kompilatorische Arbeit. Verf. führt die hinsichtlich der Aetiologie der Hyperemesis bekannten Hypothesen an und lässt sich des Genaueren über die Autointoxikationshypothese aus. Wenn man annimmt, dass Toxine von der Peripherie der Eianlage — wahrscheinlich syntyzialen Ursprungs — ins Blut der Mutter übergehen, und das Erbrechen hervorrufen, so kann man auf deren Vorgang als auf eine Art Immunisierung des Organismus mit Produkten der untergegangenen Chorionzotten sehen. Der Organismus macht einen Immunisierungsprozess durch, welcher die Bildung von Antitoxinen zum Ziel hat. Dieses ist für den Organismus von Wichtigkeit, da zum Schluss der Schwangerschaft dank den regressiven Veränderungen in der Plazenta eine Ueberhäufung des mütterlichen Organismus an Toxinen vor sich gehen kann. Wenn die Immunisierung im Anfang der Gravidität eine genügende d. h. die Anzahl der im Körper gebildeten Immunisierungseinheiten eine genügende war, so kann der Organismus mit den Toxinen fertig werden, auch wenn diese in verhältnissmässig grossen Zahl und in grosser Menge auftreten. War dagegen der Körper nicht genügend geschützt durch Bildung von Antitoxinen, so wird er von den Toxinen überschwemmt und es tritt Eklampsie ein. Die Erfahrung lehrt, dass die Frauen, welche in der ersten Hälfte der Schwangerschaft viel an Erbrechen leiden d. h. einen verstärkten Immunisierungsprozess durchmachten, sich in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft wohl fühlen und keine Eklampsie bekommen. Umgekehrt werden nicht selten Frauen, welche die erste Schwangerschaftshälfte beschwerdelos durch-

machten, leichter von Eklampsie befallen, weil der Körper keine Gelegenheit hatte, Antitoxine zu bilden. In manchen Fällen mag das geschwächte Nervensystem (Hysterie) in sofern eine Rolle spielen, als der Organismus die gewöhnliche Menge von Toxinen nicht überwinden kann.

I. Grusdeff: «Spontane Uterusrupturen». (Nr. 9 u. 10).

Verf. bespricht einen von Polenoff publizierten Fall von Uterusruptur, den P. auf Veränderung des elastischen Gewebes der Gebärmutter zurückführt, während Verf. aus dem Protokoll entnimmt, dass sich in der Wand dieser fibromatöse Knoten fanden und diese fibro-myomatöse Degeneration als Ursache der Ruptur anzusehen ist.

S. Boguslawski: «Zur Kasuistik des Krebses der gland. Bartholini». (Nr. 9 u. 10).

B. beschreibt einen Fall von primärem Krebs der Bartholin'schen Drüse. Pat. war 67 Jahre alt, wies in der rechten Schamlippe einen hühnereigrossen härtlichen Tumor auf, der mit der Schleimhaut der Labie und der Scheide verwachsen war. Operative Entfernung der Geschwulst mit Entfernung eines Teiles der Scheidenschleimhaut und des Gewebes bis zum Darm. Genesung.

L. Kriwsky: «Ein Fall von Pubiotomie». (Nr. 9 u. 10).

28-jährige Frau, 4 mal geboren (2 mal Zange und todtgeborenes Kind), platt rhachitisches Becken, erste Schädellage, Kopf beweglich über dem Beckeneingang, tritt trotz starker Wehen nicht ins Becken, Muttermund auf 4 Finger. Pubiotomie: Querschnitt auf dem rechten Ramus horizontalis bis auf den Knochen, in der Mitte zwischen dem Tuberkulum pubis und der Symphyse längst dem Zeigefinger die Döderlein'sche Nadel durchgeführt, durch die rechte Schamlippe ausgestochen und mit der Gigli'schen Säge armiert. Durchsägung des Knochens, dessen Ränder 2 Finger breit auseinander wichen. Zange in schräger, dann in querer Richtung. Kind 3150 Grm., asphyktisch, aber belebt. Das Periost mit Seide vernäht, ebenso die Hautränder, Tampon hinter die Symphyse und durch die Oeffnung in der grossen Labie, fester Verband. Die Blutung war gering, Nebenverletzungen kamen nicht vor. Temp. in den ersten Tagen normal, am 5. Tage 40°, auf Darmerscheinungen zurückgeführt, prima intentio der Wunde, gesund entlassen. Verf. stimmt den angegebenen Vorzügen dieser Operation vor der Symphyseotomie bei.

Lingen.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenh. Pr. №15.

Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften.

№ 2 u. 3. Beilage zur „St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift". 1906.

RUSSISCHE MEDIZINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Chirurgija (Chirurgie).
Detskaja Medizina (Kinderheilkunde).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Odontologitscheskoje obosrenje (Odontologische Rundschau).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Pharmazewt (Pharmazeut).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i weneritscheskich bolesnei (Russ. Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt
Ssowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Ssowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski Shurnal. (Militär-Medizinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).

Obosrenje psichiatrii, nevrologii i eksperimentalnoi psichologii (Rundschau der Psychiatrie, Neurologie und experimentellen Psychologie). 1905. H. I—6.

A. Lewkowski: «Ueber Hemiatrophia facialis». (Nr. 1).

Beobachtungen an 2 Mädchen mit Anzeichen beginnender halbseitiger Gesichtsatrophie. Bei der ersten 13-jährigen Pat. trat 4 Jahre vor Eintritt in die Beobachtung ein atrophischer Fleck unter dem linken Ohr auf, vor 3 Monaten ein zweiter links auf der Stirn, ein dritter Fleck befindet sich links in der Gegend der 8. und 9. Rippe. Bei der zweiten 10-jährigen Pat. bestand seit 4 Jahren eine Verkleinerung der rechten Gesichtshälfte, besonders in der Gegend des unteren Augenlides. Verf. hat die Literatur der letzten 2 Jahre zusammengestellt. Die Ansichten der Autoren über die Pathogenese gehen noch sehr auseinander. Die Angaben von Bonvegron und Barrel, dass bei Hemiatrophia facialis die Fasern des Halssympathicus, welche in den Zweigen des Trigeminus verlaufen, mitbeteiligt sind, scheinen dem Verf. die Frage der Lösung näher zu bringen. Da der 3. Fleck bei der ersten Pat. ganz ausserhalb des Trigeminusgebietes liegt, bei der zweiten Pat. rechts Myosis besteht, was auf eine Parese des Sympathicus hinweisen dürfte, so scheint dem Verf. der Krankheitsprozess nicht ausschliesslich im Trigeminus, sondern auch im Sympathicus zu liegen. Therapeutisch dürfte sich in initialen Fällen ausser Tonicis die Galvanisation der atrophischen Stellen und des Gebiets der sympathischen Halsganglien empfehlen. In vorgeschritteneren Fällen sind die subkutanen Paraffininjektionen mit gutem kosmetischen Erfolge angewandt worden.

W. Bechterew: «Ueber eine Neurose in Form von tonischen Intentionskrämpfen». (Nr. 1).

Krankengeschichten dreier Fälle, deren Eigentümlichkeit darin bestand, dass jede mehr weniger starke Anstrengung der Muskeln der Arme, Beine, des Bauches einen bis zu 1 Minute dauernden tonischen schmerzhaften Krampf in ihnen hervorrief. Im ersten Falle lag Lues in der Anamnese vor und war eine starke Erkältung unmittelbar vorausgegangen. Im 2. und 3. Falle verschlimmerten geistige Anstrengungen den Zustand in bedeutendem Masse. Im 3. Falle bestand ausserdem von Jugend an Neurasthenie. Die Krämpfe konnten beim ersten Kranken auch durch stärkere faradische Ströme hervorgerufen werden. Myotonische Reaktion wurde niemals beobachtet. Die faradische und galvanische Erregbarkeit der Muskeln war herabgesetzt, es traten wellenförmige Kontraktionen bei elektrischer Reizung auf, und die Latenzperiode war etwas verlängert. Die elektrische Erregung der Krämpfe gelang noch, als bereits aktive und reflektorische Bewegungen keine Krämpfe hervorriefen. Von der Myotonie unterscheiden sich die Fälle durch das Fehlen der myotonischen Reaktion, ferner dadurch, dass der Zustand erworben wurde, und dass die gewohnten Bewegungen unbehindert sind. Die Urinanalyse im ersten Falle ergab Daten, welche für eine Herabsetzung der oxydativen Prozesse sprechen, ferner erhöhte Ausscheidung der Harnsäure und besonders eine deutliche Vermehrung des Kreatinins und der Xanthinverbindungen. Diese Daten sollen auf eine Stoffwechselstörung hinweisen, welche wahrscheinlich den pathologischen Erscheinungen zu Grunde liegt. Einige Aehnlichkeit findet B. zwischen seinen Fällen und den von Wernicke beschriebenen Falle von Crampus-Neurose.

L. Orleanski: «Zur Kasuistik der choreatischen Epilepsie». (Nr. 1).

Pat., 25 a. n., zeigt beständige choreatische Zuckungen in den Muskelgruppen des Kopfes und der Extremitäten. Die Zuckungen nehmen unter Einfluss äusserer Impulse (Gespräch mit dem Arzte, Konflikte mit anderen Kranken etc.) derart an Intensität zu, dass Pat., um Verletzungen zu verhüten, zu Bett gelegt, auch gefüttert werden muss. Im Schlafe hören die Zuckungen auf. Durchschnittlich einmal in 6 Wochen treten tags epileptische Krampfanfälle auf, welche in bestimmter Wechselbeziehung zur Intensität der choreatischen Zuckungen stehen. Einige Stunden vor Eintritt des epileptischen Anfalls verstärken sich die Zuckungen, bis sie ihr Maximum im Momente des Eintritts jenes erreichen. Nach dem Anfalle schwächen sich die Zuckungen für einige Tage auf ihr Minimum ab, indem sie nur in den Gesichtsmuskeln bemerkbar sind. Jedoch brauchen selbst die stärksten Zuckungen durchaus nicht immer von einem epileptischen Anfalle gefolgt zu sein. Zeitweise und rasch vorübergehend tritt psychische Alteration ein, sich äussernd in Gereiztheit, mürrischem Wesen, Händelsucht. Die Krankheit begann mit den epileptischen Anfällen im 6. Lebensjahre, welche anfangs höchstens einmal im Jahre auftraten, die choreatischen Zuckungen gesellten sich erst im 10. Lebensjahre hinzu. Ein 4 Jahre älterer Bruder erkrankte in ungefähr denselben Lebenszeiten genau an denselben Krankheitserscheinungen, nur traten die epileptischen Anfälle häufiger, 1—3 mal im Monate, auf.

E. Rothmann: «Die Physiologie der Harnblaseninnervation». (Nr. 1).

Auf Grund der gegenwärtig zu Gebote stehenden Daten aus experimentellen Untersuchungen, Theorien, klinischen Beobachtungen lässt sich folgendes Schema aufstellen:

Die Kontraktion des M. Detrusor vesicae urin. kann hervorgerufen werden: a) durch Einfluss psychischer Affekte; b) durch unmittelbare Erregung bestimmter Hirnrindenbezirke; c) durch Reizung einiger Zentralganglien des Hirns und des Pedunculus cerebri; d) durch Reizung bekannter Abschnitte des Lumbosakralteils des Rückenmarks; e) auf reflektorischem Wege von Seiten der grossen sensiblen Nerven (n. ischiadi-

cus, splanchnicus, medianus, cruralis) und überhaupt der ganzen sensiblen Peripherie des Körpers; f) durch Reizung des N. erigens) in geringerem Grade auf direktem und reflektorischem Wege bei Reizung des N. hypogastricus; h) auf direktem und reflektorischem Wege bei Reizung des N. vagus (?). — Die Hemmung der Blasenkontraktionen betreffend ist nur bekannt, dass einige Zentren der Hirn-, Rückenmarks und peripherischen Ganglien, wenn erschöpft, aufhören auf Reizung zu reagieren, woraus die Annahme von der Existenz besonderer Hemmungszentren abgeleitet wird.

S. Jaroschewski: «Akute Myelitis mit nachfolgenden klinischen Erscheinungen von Syringomyelie». (Nr. 2).

Bei einem 18-jährigen Knaben entwickelte sich fast ohne alle Vorboten und bei völliger Gesundheit eine totale schlaffe Paraplegie mit Verlust des Tast-, Schmerz-, Temperatur- und Raumsinnes, mit Blasen- und Rektumlähmung, mit Verlust der galvanischen und faradischen Erregbarkeit, Dekubitus, erhöhter Temperatur. Im Laufe eines halben Jahres besserte sich die Lähmung, erst rechts, dann links; parallel stellte sich im rechten Beine der Tast- und Raumsinn her und kehrte die elektrische Erregbarkeit wieder; zum Teil nur regenerierte sich der Schmerzsinn, gar nicht der Temperatursinn. Im linken Beine kehrte die Motilität in geringerem Grade wieder, der Tastsinn völlig, der Schmerzsinn nur in einem sehr kleinen Gebiete (mit verlangsamter Leitung), der Raumsinn schwach, der Temperatursinn gar nicht. Nach dieser relativen Heilung der Myelitis dorsalis traten an den Zehen des rechten Fusses schmerzlose Panaritien auf. Diese im Verein mit der Dissoziation der Sensibilität lassen den Verf. annehmen, dass sich an die Myelitis eine Syringomyelie geschlossen hat, als Resultat der weiteren pathologisch-anatomischen Veränderungen in dem vom primären Prozess ergriffenen Rückenmarksabschnitte. Der Fall beweise weiter, dass auch eine stürmisch einsetzende akute Myelitis einen günstigen Verlauf nehmen kann.

W. Bechterew: «Ueber einen besonderen Gehörs- oder den akustiko-palpebralen Reflex». (Nr. 2).

Den schon 1903 von ihm angegebenen Reflex, welcher darin besteht, dass bei unerwartetem Schallreize Lidschluss eintritt, und welcher auf den Kollateralbahnen verläuft, die von den Zentralbahnen des Gehörsnerven zu den Kernen des N. facialis ziehen, hat Verf. an klinischem Materiale weiter geprüft. Diese Beobachtungen ergeben, dass der Reflex eine besondere Bedeutung erlangt in Fällen, wo Taubheit simuliert wird: in allen Fällen von Taubheit labyrinthären Ursprungs und in solchen, wo die Taubheit durch innerhalb des Schädels gelegene Affektionen der zentralen Ausbreitungen des Gehörsnerven bedingt ist, fehlt der Reflex völlig. In Fällen von peripherer Läsion des Gesichtsnerven ist der Reflex sehr abgeschwächt auf der Seite der Läsion, während er bei zentraler Gesichts-Lähmung gewöhnlich erhalten ist. Eine Erhöhung des Gehörsreflexes beobachtete Verf. in Fällen von Hyperästhesie des Gehörsnerven, welche sich bisweilen als Folge der katarrhalischen Affektion des Gehörsnerven entwickelt. Bei einzelnen Fällen von progressiver Paralyse beobachtete Verf. ein ungleiches Verhalten des Gehörsreflexes auf beiden Seiten. Bei einigen funktionellen Neurosen, besonders bei Hysterie, ist der Reflex gleichfalls mehr weniger erhöht.

M. Astwazaturow: «Locus minoris resistentiae im Rückenmarke». (Nr. 2).

Die klinischen Beobachtungen ergeben, dass in der Mehrzahl der spezifischen Rückenmarkserkrankungen [Tabes, progressive Muskelatrophie (Typus Duchenne-Aran), Syringomyelie, amyotrophische Lateralsklerose, Traumata] am frühesten und stärksten das erste Dorsalsegment ergriffen wird, d. h. das untere Ende der Halsanschwellung kann als am wenigsten widerstandsfähig gegen schädliche Agentien angesehen werden. Augenscheinlich hat diese Erscheinung zwei Ursachen, erstens die ungenügende Blutversorgung, was durch die anatomischen Untersuchungen von Kadyi sichergestellt ist, und zweitens in den für Traumatisierung vorhandenen Bedingungen, indem die Halswirbelsäule sehr beweglich ist, der siebente Proc. spinosus cervic. stark vorragt und er den Ansatzpunkt für zwei grosse starke Bänder, das Lig. nuchae nach oben und das Lig. apicum nach unten ziehend bildet. — Das frühe Auftreten des Westphal'schen Zeichens bei Tabes deutet auf das Ergriffensein des unteren Abschnittes der Lumbalschwellung des Rückenmarks, welcher in der Reihenfolge der loci minoris resistentiae die zweite Stelle einnimmt. Noch deutlicher wird letzteres Verhältnis durch die Poliomyelitis anterior acuta illustriert, welche besonders der Lumbalschwellung eigentümlich ist. Die anatomischen Ursachen sind hier dieselben wie bei der Halsanschwellung.

E. Erikson: «Der Alkoholismus im Kaukasus». (Nr. 2 u. 3).

Eine umfangreiche historische, soziale und wirtschaftliche Studie, die sich zu einem Referat hieselbst nicht eignet.

W. Ossipow: «Die Schlangenbesessenheit und ihre Stellung in der Klassifikation der Psychosen». (Nr. 2 und 3).

Nach ausführlicher Literaturübersicht zwei Krankengeschichten. Beide Pat., 32-jährige Bäuerin und ein 26-jähriger Telegraphist, glaubten Schlangen in ihrem Leibe zu haben. Verf. zieht folgende Schlüsse: Die Schlangenbesessenheit, wie alle Formen der Besessenheit, muss zur Gruppe der hysterischen Psychoneurosen gerechnet werden. Hierfür sprechen die Entstehungsbedingungen der Krankheit, ihre Entwickelung und ihr Verlauf. Die Kombination und quantitative Kongruenz der psychischen Zeichen der Hysterie mit den sog. physischen Zeichen wird nicht immer angetroffen. Der Inhalt der Psychose ist durch den Besessenheitswahn, als einem Einzelsymptom, nicht erschöpft; es treten auch andre Wahnideen auf; Störung der emotiven Sphäre, Halluzinationen und Illusionen, sowie andre psychopatische Züge gehören zur Charakteristik der Psychose. Für die Prognose kommen in Betracht der Grad der psychopatischen Veranlagung, die Zähigkeit und Beständigkeit der Empfindungen und überhaupt der Symptome von Seiten der Gefühlssphäre. Als eine Quelle für die Entwickelung der Psychose können bei vorhandener hysterischer Veranlagung Eingeweidewürmer dienen. Der Kulturgrad hat grosse Bedeutung für die Entwickelung der Psychose; in der Literatur finden sich keine Angaben, dass diese Psychose bei kultivierten und gebildeten Leuten vorgekommen etc. Die Therapie muss eine beruhigende und tonisierende sein, vor allem die lokalen Symptome berücksichtigen; falls Suggestionen in der Hypnose nicht gelingen, ist Psychotherapie im weitesten Sinne des Wortes anzuwenden.

P. Preobrashenski: «Ueber akute Ataxie». (Nr. 3).

5 Krankengeschichten: 1) 23-jähriger Mann. Unbestimmte Infektionskrankheit, während welcher sich zuerst Ataxie der Sprachmuskeln entwickelte, und hierauf Ataxie der Extremitäten: auch eine Gleichgewichtsstörung ist bemerkbar. Alle Erscheinungen schwanden im Verlaufe von 2½ Monaten. 2) 19-jähriger Mann. Unaufgeklärte Infektionskrankheit, während deren sich Extremitätenschwäche entwickelte, welche bald von Ataxie abgelöst wurde; ebenfalls Ataxie der Sprachmuskeln. Nach 4-monatlichem Hospitalsaufenthalt waren keine wesentlichen Veränderungen eingetreten. 3) 18-jähriger Mann. Pneumonie, während welcher sich Bewusstseinstrübung und Ataxie aller Muskeln (der Sprache und der Extremitäten) entwickelte. Nach 1½ Monaten völlige Heilung. 4) 21-jähriger Mann. Pneumonie, in deren Verlauf unbemerkt sich eine Ataxie aller Muskeln (der Sprache und der Extremitäten) entwickelt hatte. Während des 3½-monatlichen Hospitalaufenthaltes schwanden alle diese Erscheinungen allmählich. 5) 15-jähriger Knabe. Ohne nachweisbare Ursache entwickeln sich epileptiforme Anfälle; nach denselben hinterbleibt für 3 Tage eine Bewusstseinstrübung und eine Ataxie der oberen und unteren Extremitäten, welche nach einer Woche schwand. Sprachstörung war nicht vorhanden.

W. Bechterew: «Ueber myopathische Hypertrophie der Muskeln». (Nr. 3).

Unter Berücksichtigung der Literatur und zweier eigenen Fälle kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: ausser den gewöhnlichen Formen der Muskelhypertrophie, wie der funktionellen, welche sich durch physische Uebungen bei Athleten entwickelt, und der krampfhaften (z. B. bei Torticollis), der myotonischen, der Hypertrophie zerebralen oder peripheren Ursprungs in Begleitung von Krämpfen, muss noch eine besondere Art der neurotischen Hypertrophie peripheren Ursprungs anerkannt werden, welche sich auf dem Boden einer Phlebitis (sein 1. Fall, wo die linke untere Extremität ergriffen war) entwickelt, und eine besondere Art der idiopathischen lokalen hypertrophischen Myopathie (sein 2. Fall, wo der linke M. masseter hypertrophiert war).

W. Ssuchowa-Ossipowa: «Die Bedeutung des Funktionsausfalls der Glandulae thyreoidea und parathyreoideae für den menschlichen Organismus». (Nr. 3).

Eine Krankengeschichte: Der 17-jährigen Pat. war ohne genügende Indikationen die partielle Thyreoidektomie gemacht worden. Fast sofort nach der Operation beginnen Krampfanfälle ohne Bewusstseinsverlust, welche sich täglich wiederholen und von starken Schmerzen begleitet sind; hierauf nehmen die Anfälle epileptischen Charakter an, d. h. verlaufen mit Bewusstseinsverlust und Zungenbiss; sofort nach der Operation hören die Menses auf. Im Verlauf von 4 Monaten schwindet infolge eines eitrigen Prozesses der Rest der Schilddrüse und die Krankheit nimmt einen chronischen Verlauf: es treten

Zeichen von Ernährungsstörung auf, die Kranke beginnt abzumagern, bleich zu werden, die Muskeln atrophieren, Schwäche der Extremitäten stellt sich ein, allmählich sinken die geistigen Fähigkeiten, hauptsächlich das Gedächtnis. Später werden die Krampf- und Schmerzanfälle immer seltener, jedoch der Ernährungs- und Geisteszustand verschlechtern sich weiter. Erstere Erscheinung wird auf das Erhaltenbleiben einiger Glandulae parathyreoideae zurückgeführt, welche eine kompensatorische Rolle spielen sollen. Es wurde der Pat. von einer anderen Kropfkranken 2 Stücke Schilddrüsengewebe implantiert, das eine Stück subkutan an der Stelle der entfernten Drüse, das andere in den Bauch des M. sternocleidomastoideus. Das Resultat dieser Operation war anfangs günstig: in einigen Tagen nahm das Gewicht der Pat. um 4 Pf. zu, das Allgemeingefühl wurde besser. In kurzer Zeit wurden jedoch die transplantierten Drüsenstücke resorbiert und 4 Wochen nach der Operation befand sich die Pat. im früheren Zustande. Ohne Thyreoidingaben traten wieder Schmerz- und Krampfanfälle ein, welche unter diesem Mittel sich besserten. Verf. dringt darauf, dass in der Kropfchirurgie die Glandulae parathyreoideae, wegen ihrer Bedeutung für den Organismus mehr als bisher berücksichtigt werden.

L. Blumenau: «Der Zerfall der Neurofibrillen bei Atrophie der Vorderhörner des Rückenmarks». (Nr. 4).

Klinische und anatomische Beschreibung eines Falles von spinaler progressiver Amyotrophie. Unter dem Mikroskop fand sich Fibrillenzerfall, welcher im Zellkörper beginnt und erst später auf ihre Fortsätze übergeht; zugleich mit den intrazellulären Fibrillen atrophieren auch die an die Zelle herantretenden Endverzweigungen. Ein intensiver Ausfall von Fasern in der grauen Substanz der Vorderhörner ist sichtbar in Präparaten sowohl nach Cajal, wie nach Pal. Diese fibrillären Veränderungen sieht man sowohl in den Wurzelzellen, wie auch in den Kommissural- und Säulenzellen. Die Hinterhornzellen sind in bedeutend geringerem Maasse affiziert. Rings um die untergehenden Zellen sind zahlreiche runde Körperchen mit Zerfallkörnern zu sehen, stellenweise auch grössere körnige Kugeln, welche auch innerhalb der Kapillaren in Massen sich befinden, somit als Leukozyten anzusehen sind. Einige Leukozyten berühren unmittelbar die zerfallende Zelle, andre drängen sich in sie hinein, wieder andere liegen gefüllt mit Körnern neben einer Zelle, welche bereits von den Zerfallsprodukten der Fibrillen gereinigt ist. Diese Bilder geben Grund anzunehmen, dass diese Wanderkörperchen, die Leukozyten, die Rolle von «Neuronophagen» oder im gegebenen Falle von «Fibrillophagen» spielen.

W. Bechterew: «Ueber den Wahn der hypnotischen Verzauberung». (Nr. 4).

4 Krankengeschichten. In allen Fällen wird ein systematisierter Wahn des Hypnotisiertseins durch fremde Personen geäussert. Eine besondere Rolle in der Entwickelung des Wahnes spielt offenbar eine eigentümliche Form der Verdoppelung des Bewusstseins. In 3 Fällen fehlten Halluzinationen oder Gefühlstäuschungen. Ebenso fehlen gewöhnlich selbständige oder primäre Störungen der Stimmungs- oder Allgemeingefühlssphäre. Ebensowenig sind Gedächtnis, Assoziation, der formale logische Ideenablauf, die psychomotorische Sphäre, die somatische Sphäre dieser Kranken wesentlich gestört. Von der Paranoia unterscheidet sich die Krankheit durch das Ausbleiben eines komplizierten Verfolgungs- und Grössenwahnes. Die relativ rasche Entwickelung, meist unter Einfluss eines äusseren intensiv wirkenden Umstandes, nähert solche Fälle den Zuständen der Besessenheit; diese wird gewöhnlich zu den hysterischen Psychosen gezählt, sodass auch der «Wahn der hypnotischen Verzauberung» hierher gerechnet werden muss, umsomehr als bei einigen Kranken dieser Art deutliche Zeichen der hysterischen und neurasthenischen Neurose (Sensibilitätsveränderungen, Zittern der geschlossenen Lider, der gestreckten Finger, Erhöhung der Patellarreflexe, u. a.) zu finden waren. Dazu kamen in der Anamnese degenerative Bedingungen in der Familie und missliche Erblichkeit. Der Verlauf war in allen Fällen ein chronischer ohne grosse Schwankungen. Die Behandlung hat zu bestehen in erster Linie in Hydrotherapie, antinervösen Mitteln, systematischer Anwendung der Suggestion; letztere findet nicht selten Hindernisse darin, dass die Kranken in tiefe Hypnose nicht versetzt werden können, und die Suggestionen in leichter Hypnose oder im Wachzustande von den Kranken für bedeutungslos erklärt werden.

L. Pawlowskaja: «Ueber die Beziehung der Psychologie zur Psychiatrie». (Nr. 4).

Verf. zieht folgende Schlüsse: Geisteskranke sind ein gutes Material für psychologische Forschungen; die Errichtung psychologischer Laboratorien an psychiatrischen Heilanstalten, die Sorge um psychologische Ausbildung der Psychiater kann für die Psychologie nützlich sein; die Psychiatrie braucht Studium der Anatomie, Physiologie und physiologischen Chemie des Hirnes, was ihr ein festes Fundament gibt; die Beschäftigung mit Psychologie für psychiatrische Zwecke bringt in dieses Gebiet unerfüllbare metaphysische Hoffnungen und hindert nur die wissenschaftliche Entwickelung der Psychiatrie.

A. Pewnizki: «Die Behandlung der Alkoholiker nach den Daten zweijähriger Erfahrung im Ambulatorium der Klinik des Akademikers W. Bechterew».

In den bisher erhaltenen Nummern noch nicht beendet.

M. Shukowski: «Die neue Methode Ramon y Cajal's und ihre Beziehung zur Lehre von den Neuronen». (Nr. 5).

Die neue Methode gestattet ein noch tieferes Eindringen in den feineren Bau des Zellprotoplasmas, zergliedert es sozusagen in kleinere Bestandteile oder Neurofibrillen, was mit den Untersuchungen von Bethe und Nissl übereinstimmt. Indem sie auf diese Weise die Tatsachen der neuesten histologischen Untersuchungen bestätigt, hat sie nicht nur nicht die Neurontheorien untergraben, sondern im Gegenteil neue genügend überzeugende Beweise für deren Giltigkeit erbracht. Ramon y Cajal, Gehuhten, Marinesco, welche nach dieser Methode arbeiteten, konnten die Hypothesen von Bethe und Nissl bezüglich der Verbindung der Nervenelemente vermittels unmittelbaren Ueberganges der Neurofibrillen aus einem Element in das andere nicht bestätigen, sondern beweisen im Gegenteil die Endigung der feinsten Verzweigungen der Zellenfortsätze um die Zellen in freien Verdickungen.

W. Bechterew: «Ueber die Bedeutung der Untersuchung der mechanischen Erregbarkeit der Muskeln oder der sogenannten «Muskelreflexe» bei Nervenkrankheiten». (Nr. 5).

Nach kurzer Darlegung des Wesens und des Mechanismus der Muskelreflexe folgt eine Aufzählung der klinischen Tatsachen, welche praktische Bedeutung haben: Der erhöhte Muskeltonus entspricht einer Verstärkung der Muskelreflexe. und ein schwächerer Muskeltonus entspricht einiger Verstärkung der Muskelreflexe. Bei Affektion des peripheren Neurons wird in frischen Fällen parallel mit der Abschwächung oder dem Fehlen der Sehnenreflexe gewöhnlich eine mehr weniger deutliche Verstärkung der Muskelreflexe beobachtet, wobei die Muskelkontraktionen sich durch eine ausserordentliche Trägheit und Langsamkeit auszeichnen. Dieses Phänomen gestattet unfehlbar das Auftreten der Entartungsreaktion für galvanischen Strom in den Muskeln vorauszusagen. In älteren Fällen von Affektionen des peripheren Neurons schwächen sich die Muskelreflexe allmählich ab gleichzeitig mit der Entwickelung von Muskelatrophie und dem Sinken der elektrischen Erregbarkeit, die Trägheit der Muskelkontraktion besteht auch in stark atrophischen Muskeln, solange in ihnen die elektrische Entartungsreaktion konstatiert werden kann. Bei Affektionen des zentralen Neurons sind die Muskelreflexe mehr weniger deutlich verstärkt, jedoch ohne Zuckungsträgheit. Diese Steigerung der Muskelreflexe geht gewöhnlich parallel einer Steigerung der Sehnenreflexe. Abschwächung der Muskelreflexe findet sich ferner bei progressiver Muskeldystrophie, während bei spinaler Muskelatrophie diese Abschwächung vermisst wird, in den Anfangsstadien derselben sogar einige Verstärkung beobachtet wird. Bei Tabes dorsalis sind die Muskelreflexe an den unteren Extremitäten gewöhnlich vorhanden ungeachtet des Fehlens der Sehnenreflexe. Bei Dementia paralytica sind die Muskelreflexe im Gesicht und teilweise in den Extremitäten in einzelnen Fällen deutlich gesteigert, in anderen Fällen ohne wesentliche Veränderungen. Bei einigen Krampfformen sind die Muskelreflexe gewöhnlich gesteigert ebensowie die Sehnenreflexe. Besondere Beachtung verdient die starke Steigerung der Muskelreflexe bei der Tetanie, bei welcher häufig ein allmähliches Wachsen der Intensität der Muskelkontraktionen durch mehrfach wiederholte Beklopfen zu konstatieren ist, welche Erscheinung zusammenfällt mit einer Exazerbation der Tetaniesymptome.

E. Erikson: «Dementia praecox juvenilis».

Noch nicht beendet in den bisher erhaltenen Nummern.

M. Dobrotworski: «Beiträge zur Frage über die Begutachtung von Geisteskranken».

Noch unbeendet.

W. Bechterew: «Zwangsmässige automatische Bewegungen und Schreiben als Symptome von Geistesstörung». (Nr. 6).

Eine ausführliche Krankengeschichte und einige im Auszuge mitgeteilte. Die Schlussfolgerungen lauten: Die genannten

Symptome finden sich bei verschiedenen Psychosen, welche begleitet werden von reichlichen Gefühlstäuschungen, nehmen jedoch bei dem vom Verf. beschriebenen «Wahn der hypnotischen Verzauberung» und bei verschiedenen Formen der Besessenheit eine hervorragende Stellung im ganzen Symptomenkomplex ein. Die psychologische Basis dieser Erscheinungen liegt im Einflusse der sog. extrasensoriellen Sphäre oder der Sphäre des allgemeinen Bewusstseins auf die Bewegungen, was sich besonders deutlich in der automatischen Schrift ausdrückt. Das weitere Studium dieser Erscheinungen wird in bedeutendem Maasse die eigentümlichen psychischen Störungen aufklären, welche sich auf dem Boden der Hysterie und Hysteroneurasthenie abspielen. Da es für das Bewusstsein der Kranken feststeht, dass diese genannten Bewegungen nicht ihnen gehören, nicht von ihnen direkt abhängen, sondern sich unter der Botmässigkeit einer fremden Gewalt befinden, so erscheint der Wahn der Besessenheit, Verdorbenheit, der Hypnose in Form einer unvermeidlichen Folgerung. In gleicher Weise sind die Gotteslästerungen der Besessenen, gleichsam von der Person des Teufels ausgehend, weiter eine Reihe kirchenschändender Handlungen, leicht erklärbar vom Gesichtspunkte der zwangsmässigen automatischen Bewegungen, welche sich in Verbindung mit dem Wahn der Teufelsbesessenheit entwickeln.

K. Powarnin: «Der Einfluss der Aufmerksamkeitsablenkung auf die Unterschiedsschwelle bei Gehörswahrnehmungen». (Nr. 6).

Experimentelle Untersuchung, zum Referat nicht geeignet.

Michelson.

Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt). 1905. NNr. 1—52.

Inhaltsangabe

S. Unterberger: «Ueber die Bedeutung der Disposition bei Erkrankung an Schwindsucht». (Nr. 1).

K. Jakunin u. W. Schepelewitsch: «Ein Fall von erfolgreicher Keratinbehandlung der Tabes dorsalis». (Nr. 1).

S. Kofmann: «Ueber ambulatorische Behandlung der Oberschenkelfrakturen». (Nr. 1).

H. Senator: «Aphasie mit linksseitiger Hemiplegie bei einem Rechtshänder». (Nr. 2).

F. Blumenthal und O. Bronstein: «Ueber rationelle Einrichtungen zur Prüfung der Heilsera». (Nr. 3).

S. Dibailow: «Ueber den therapeutischen Wert des Pyramidons». (Nr. 3).

N. Scheschminzew: «Zur Frage der Uebermüdung der Eisenbahnangestellten». (Nr. 3).

D. Gorochow: «Tuberkulöse Spondylitis im Kindesalter». (Nr. 4, 5, 6).

T. Glickmann: «Zur Kasuistik der penetrierenden Bauchwunden». (Nr. 4).

N. Mansurow: «Ein seltener Fall von Fremdkörper der Vagina». (Nr. 4).

Teissier: «Die Fernprognose verschiedener Formen von restierender postinfektiöser Albuminurie». (Nr. 5, 7, 8; Fortsetzung aus 1905, Nr. 50, 51, 52).

P. Swerjewa-Smelkowa: «22 Strumectomien, ausgeführt 1900—1904 im Semstwo-Hospital zu Terwenitschi (Gouvern. Nishni-Nowgorod)». (Nr. 5, 6, 7, 8, 9).

J. Grossmann: «Zur Kasuistik der Hysterie und Epilepsie». (Nr. 7, 9, 10).

B. Georgiewski: «Ein Fall von erschwerter Dekanülation». (Nr. 8).

A. Dworezki: «Ueber Choleraschutzimpfung». (Nr. 10, 11).

A. Woskressenski: «Lokalanästhesie mittelst Stovain». (Nr. 10).

W. Predtetschenski: «Ueber den Bau und die diagnostische Bedeutung der Curschmann'schen Spiralen bei Bronchialasthma». (Nr. 11, 12).

N. Djatschkow: «Ein Fall von wiederholtem toxischem Erythem bei intramuskulären Injektionen von Quecksilbersalicylat». (Nr. 11, 12, 13).

J. Chmelewski: «Der Odessaer Kujalnitzki-Liman als Kurort für Syphilitiker». (Nr. 12, 13).

N. Poljanski: Gleichzeitiger Verlauf von Aktinomykose und Tuberkulose beim Menschen». (Nr. 14, 15).

M. Gutmann: «Zur Frage der spastischen Diplegie bei Kindern». (Nr. 14, 15).

A. Schtscherbakow: «Ein Fall von Pustula maligna cutanea». (Nr. 14).

A. Beketow: «Ein Fall von Verschluss beider Art. carotides und subclaviae». (Nr. 15, 16, 17).

H. Lenhartz: «Zur Frage der Behandlung der epidemischen Zerebrospinalmeningitis». (Nr. 16).

A. Wirschubski: «Zur Kasuistik der Hemiatrophie facialis progressiva». (Nr. 16, 17).

S. Unterberger: «Das russische Bad und das russische Hafermehl im Kampf mit der Skrophulose in der Kinderarmenpraxis». (Nr. 17).

M. Sassuilow und E. Telitschenko: «Ein Apparat zur Formalindesinfektion». (Nr. 18).

S. Jassny und A. Mizkewitsch: «Zur Frage der Anwendung des Moser'schen Scharlachserums». (Nr. 18—22).

W. Karzew: «Zur Behandlung des Tetanus mittelst Hirnemulsion». (Nr. 18).

G. Turner: «Ueber die Technik der Arthrodese des Kniegelenks». (Nr. 19, 20).

W. Fedorow: «Uebersicht der neueren Arbeiten über Flexionen und Prolaps des Uterus». (Nr. 19).

A. Pospelowa-Demkina: «Ein Fall von spontanem Durchbruch eines traumatischen Lungenabszesses unterhalb des Zwerchfells nach aussen». (Nr. 20, 21).

G. Kulesch: «Epidemiologie und Prophylaxe der epidemischen Zerebrospinalmeningitis». (Nr. 21, 22).

S. Suchanow: «Die Angst vor fremdem Blick». (Nr. 23, 24).

M. Marmorstein: «Ueber gespannten Puls bei Mitralstenose». (Nr. 23, 24, 25).

S. Lüri: «Ueber die Häufigkeit von Ohrenerkrankungen». (Nr. 23).

A. Nikolski: «Zur Frage der Ursachen der Lungenschwindsucht». (Nr. 24, 25).

J. Katz: «Ein seltner Fall von Aneurysma im Pharynx». (Nr. 25).

E. Segalow: «Zur Frage des sogenannten Diabetes insipidus». (Nr. 23, 27, 28).

R. Pasternak: «Zur Kasuistik der Fremdkörper der Nasenhöhle». (Nr. 26).

D. Gorochow: «Zur operativen Behandlung der Narbenkontrakturen der Palmarfläche und der Finger». (Nr. 27).

Th. Sarsyn: «Askariden als Ursache der Appendicitis». (Nr. 27).

W. Kanel: «Ueber die Kriterien der Serotherapie». (Nr. 28—34).

N. Djatschkow: «Ein Fall von syphilitischer Affektion aller Nägel und ihrer Umgebung und gleichzeitiger Affektion des Herzen und der Niere». (Nr. 28, 29).

L. Dmitrenko: «Ein Fall von epidemischer Zerebrospinalmeningitis, behandelt mittelst Lumbalpunktionen». (Nr. 29).

M. Marmorstein: «Blutdruckmessung mittelst des Gärtner'schen Tonometers bei Asystolie». (Nr. 30, 32).

B. Blotzek: «Ueber Anfertigung von Korsets zur Behandlung von Spondylitis und Skoliosen». (Nr. 30).

A. Pospelow: «Ueber die Mikroorganismen der Syphilis nach den Literaturangaben der letzten Zeit». (Nr. 31, 32).

D. Shbankow: «Eine traumatische Epidemie in Russland». (Nr. 32—35).

C. Posner: «Prostatahypertrophie und Diabetes mellitus». (Nr. 33).

M. Dempel: «Zur Frage der Tuberkulinbehandlung der Lungentuberkulose». (Nr. 34—39).

J. Kudinzew: «Zur Frage der Rektoskopie». (Nr. 36).

W. Dagilaiski: «Jequiritol und das Jequiritye in der Augenpraxis». (Nr. 36, 37).

M. Sassuilow und E. Telitschenko: «Ein Apparat zur Desinfektion der Frisiergeräte» (Nr. 37).

D. Shbankow: «Ueber einige Folgen des letzten Pirogow-Kongresses». (Nr. 38).

A. Kuleschow: «Einige seltene Fälle aus der Semstwopraxis». (Nr. 38).

D. Uspenski: «Zur Hirnorganotherapie». (Nr. 40).

S. Fain: «Ueber Erhöhung der Agglutination der Typhusbazillen». (Nr. 40).

D. Shbankow: «Körperstrafen nach ihrer Abschaffung». (Nr. 41—43).

S. Jassny: «Behandlung der Scharlachnephritis mit Terpentin». (Nr. 40).

S. Dibailow: «Zur Behandlung der Pleuritisexsudation». (Nr. 41—43).

F. Raymond: «Ueber Tetanie und Pseudotetanie». (Nr. 44, 45).

L. Dmitrenko: «Die prognostische Bedeutung der Diazoreaktion bei Lungentuberkulose». (Nr. 46, 47).

N. Kowalewski: «Ueber Verwundungen im russisch-japanischen Kriege». (Nr. 46).

S. Schwarz: «Ein Fall von Kombination der Raymondschen Krankheit mit Akinesia intermittens (Erb)». (Nr. 47—50).

M. Sablozki: «Colloidales Silber bei Pneumonien». (Nr. 47).

L. Tschaussow: «Zur Frage der Oedeme bei Abdominaltyphus». (Nr. 48—50).

J. Rudnizki: «Curiosa aus der Praxis». (Nr. 48).

G. Klemperer: «Einige Beobachtungen über Aetiologie und Behandlung der Arteriosklerose». (Nr. 49, 50).

A. Mays-Robson: «Ueber entzündliche Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse im Allgemeinen und den Katarrh derselben im Besondern». (Nr. 51, 52).

A. Wirschubski: «Ein Fall von progressiver Muskelatrophie vom Typus der Pseudohypertrophie». (Nr. 51).

A. Silbermann: «Einige Worte über die Abortivbehandlung der Syphilis nach Holländer». (Nr. 51).

Amburger.

Russki Chirurgitscheski Archiw. 1904, Heft 3—6.

M. Tichonow: «2 Fälle völligen einseitigen Mangels des Wolff'schen Körpers und Ganges». (Nr. 3).

An der Hand der Statistik von Ballowitz hat T. noch weitere 14 einschlägige Fälle gesammelt, sowie 2 selbst beobachte Fälle hinzugefügt. Er schliesst sich der Coerd'schen Ansicht über die Bestimmung des Wolff'schen Körpers und Gänge an und stellt folgende Tesen auf: 1) der Mangel dieser Organe giebt eine Methode der Untersuchung der Entwickelung der Geschlechtsdrüsen. 2) Vor Nierenoperationen muss man die Epididymis, das Vas deferens und Samenbläschen untersuchen, da Fehlen derselben genetisch engverbunden ist mit dem Mangel der gleichseitigen Niere.

K. Jazuta: «Os intermetatarseum Gruberi et concrescentia phalangium an zwei Füssen». (Nr. 3).

J. bringt das mehrfach vergessene und mehrfach entdeckte Os interm. Gruberi wieder zu Ehren. Dasselbe findet man in 8—10 pCt. Es schliesst sich der Meinung Pfitzner's über dasselbe an, das Os interm. Gruberi ist ein selbstständiger Skelettknochen und ist in Verbindung zu setzen mit der Erscheinung der Polydaktylie. Störend kann es werden bei der Lisfranc'schen Operation.

O. Hopfenhausen: «Rechenschaftsbericht des Windauschen Sanatoriums für chronischkranke Kinder vom 1. April 1900—1. November 1903». (Nr. 3).

Ein sehr sorgfältiger Bericht, der über ein Material von 112 tuberkulösen und 16 anderen chronischen Erkrankungen verfügt, dabei wird ein wertvolles Material zur Klimatologie geliefert. Die Resultate für die Knochenerkrankungen sind günstig, weniger für Lungenerkrankungen. H. tritt warm für das Phelps'sche Bett ein, im Initialstadium ist er gegen sofortiges Anlegen eines Korsett's.

N. Weljaminow: «Hysterie in der Chirurgie». (Nr. 3).

In seinem Vortrage macht W. an der Hand von mehreren einschlägigen Fällen aufmerksam auf die Schwierigkeiten, die selbst erfahrenen Chirurgen entgegentreten können bei der Differenzialdiagnose zwischen organischen chirurgischen Erkrankungen (Spondylitis, Tumoren der Mamma und des Abdomens) und hysterischen Vorspiegelungen derselben (pseudomal de Pott, sein hysterique, pyloro- und enterospastische Tumoren). Es giebt mehrfach interessante differenzialdiagnostische Winke. Einen Uebergang von tumeur hysterique in gutartige Geschwülste und post operationem in bösartige will W. beobachtet haben.

R. Wreden: «3 Fälle operativ geheilter Gallensteinerkrankung und einige sich ergebende Schlüsse». (Nr. 3).

W. ist unbedingt für operative Behandlung jedes sicher diagnostizierten Gallensteinleidens. Die Cholecystomosis lässt er nur für Ausnahmefälle gelten. Fall I ist durch Cholecystomia idealis, Fall II durch Cholecystectomia, Fall III durch Cholecystostomosis geheilt. W. warnt vor schablonenhaft angewandter Operationsmethode.

M. Wassiljew: «Appendicitis in Leistenhernien bei Männern». (Nr. 4).

An 62 Fällen, die W. aus der Literatur hat sammeln können, denen er 1 Fall hinzufügt, bespricht er Symptomatologie, Pathologie, Therapie und Prognose. Quoad therapiam kommt W. zum Schluss, dass unbedingt Operation — Resektion des Wurmfortsatzes statt zu haben hat. Die Diagnose ist vor der Operation resp. Autopsie nur in 2 Fällen gestellt worden.

F. Weber: «Gangraen des Coecum». (Nr. 4).

W. führt 3 Fälle an (Volvolus des S. Romanum, Invagination des Colon descendens in's S. Romanum, cancer pylori et lig. gastrocolici et coli transversi) in denen zugleich Gangraen des Coecum statt hatte. Als Ursache sieht W. Ueberdehnung der relativ dünneren Coecalwand durch Gasansammlung bei festem Schluss der Bauhini'schen Klappen an. Jeder Operateur müsste die Möglichkeit dieser Komplikation bei tiefsitzendem Dickdarmverschluss im Auge behalten.

W. Oppel: «Blasenruptur». (Nr. 4).

Symptomatologie Diagnose, Prognose und Therapie der Blasenrupturen wird an der Hand von Daten aus der Literatur und 4 selbstbeobachteten extraperitonealen und einem vom Verfasser erfolgreich operierten Fall von intraperitonealer Blasenruptur besprochen. Letzterer Patient kommt erst

24 Stunden nach der Verletzung zu Fuss in der Klinik. Die Rupturstelle wird fortlaufend in 2 Etagen genäht (die Schleimhaut nicht mitgefasst). O. spricht sich gegen den Katheter à demeure aus (wegen der Infektionsgefahr): 5 Stunden post operationem fiel der Katheter heraus und Pat. hat seitdem 3stündlich ohne Schaden spontan uriniert. Auch O. betont die absolut schlechte Prognose der mit Beckenfraktur komplizierten Fälle von Blasenruptur. Letztere sind meist extraperitoneal.

W. Tomaschewski: «Zur Orchidoperie». (Nr. 3 u. 4).

An der Hand von 5 Fällen tritt T. warm für die Lonhard'sche Operation ein, die er in besonders schwierigen Fällen mit der von Bewan angegebenen Gefässdurchschneidung kombiniert wissen will (die Ernährung wird genügend durch die Art. deferentiales garantiert). T. giebt eine gut erdachte Modifikation des Lonhard'schen Verbandes an — die Fixationsnähte werden stets am Oberschenkel durch eine Marlyschleife an der Fusssohle befestigt. Die Extension des Samenstranges kann dadurch gut reguliert werden.

N. Batujew: «Ein Fall klinischen Hermaphroditismus unbestimmten Geschlechts bei einem Erwachsenen». (Nr. 5).

A. Starkow: «Zur Frage der Entwickelungsanomalien der oberen Extremität». (Nr. 5).

M. Diterichs: «Hysterische Mammatumoren». (Nr. 5).

D. tritt für das Vorhandensein derselben ein, im Gegensatz zu anderen Autoren und meint, dass dieselben häufiger vorkommen, als man nach der spärlichen Literatur über dieses Thema annehmen konnte. Er warnt aber vor übereiligem Diagnostizieren dieses Leidens.

W. Bogoljubow: «Echinokokkus der Niere». (Nr. 5).

Angeregt durch 2 von ihm in der Klinik von Prof. Rasumowski beobachteten Fälle hat B. sorgfältige Literaturstudien gemacht und im Ganzen 116 Fälle gesammelt, die in einer aparten Tabelle zum Schluss zusammengestellt sind. Er kommt zu folgenden Schlüssen:

1) d. Echinokokkus d. Niere ist häufiger bei Frauen als bei Männern,

2) d. rechte u. linke Niere sind gleich häufig ergriffen,

3) ein Trauma kann manchmal als prädisponierendes Moment eine Rolle spielen,

4) der Ech. der Niere ist meist monolokulär,

5) zugleich mit der Niere ist von den anderen Organen die Leber am häufigsten ergriffen,

6) Meist entwickelt sich der Ech. in der Rindensubstanz,

7) Spontan brechen die Ech. am häufigsten in die Nierenkelche durch,

8) Bei der Affektion bleibt die Niere häufig teilweise normal.

Die Diagnose ist häufig schwierig, kategorisch ist sie nur 9 mal gestellt.

Den Lumbalschnitt zieht B. der intraperitonealen Methode vor.

A. Polenow: «Zur Frage des akuten Darmverschlusses». (Nr. 5).

P. bringt 3 einschlägige Krankengeschichten. Unter anderem macht er auf das wenig, oder fast garnicht beachtete Symptom der völligen Anurie und der Dämpfung in der unteren Hälfte des Abdomens aufmerksam als Hülfsmittel zur Diagnose der völligen Axendrehung des Ileums.

A. Menschikow: «Zur Kasuistik der traumatischen Darmverletzung». (Nr. 5).

M. Saksaganski: «Zur Frage der Prostatektomie bei Prostatahypertrophie». (Nr. 5).

S. Dsirne: «Aus dem Gebiet der Hirnchirurgie». (Nr. 6).

D. referiert über den Erfolg der Kocher'schen Operation bei Epilepsie, die er in 25 Fällen gemacht (11 Fälle genuiner Epilepsie, 14 Fälle Epilepsia corticalis). Bei genuiner Ep. sah D. nur 1 mal einen eklatanten Erfolg. Von den wegen kortikaler Ep. operierten Fällen sind 11 über ein Jahr schon ohne Anfall, ein Fall schon 4 Jahre.

S. Grekow: «3 Fälle von Herznaht». (Nr. 6).

Bericht über 2 von Zeidler operierte Fälle, von denen 1 genesen und einen selbst operierten Fall der letal endigte. Es folgt dann eine Zusammenstellung und Resumé aus 63 Fällen. Die Infektion der Pleura oder des Perikards ist die Hauptgefahr des operativen Eingriffes nach G. und ist fast ausschliesslich die Todesursache, wenn die akute Anämie glücklich überwunden. Eine Vergrösserung der Herzdämpfung ist selten zu konstatieren, zur Diagnose verhelfen 1) Pneumothorax in 87 pCt. 2) Ungleichheit des Pulses an beiden Armen, Fehlen desselben und Arytmie. 3) Präkordialangst, häufige Ohnmacht und Suffokationserscheinungen. 4) Nichtvorhandensein des Spitzenstosses und Veränderung der Herztöne. 5) Das Symptom von Morel Lavallie.

L. Diwawin: «Gastrostomie nach Marwedel». (Nr. 6).

In der Klinik von Bobrow hat D. stets völlige Schlussfähigkeit der Fisteln gesehen und tritt warm für diese seiner Meinung nach einzig völlig genügende Methode ein. — Das Drain wird zwischen Magenschleimhaut als Hinterwand und Muskularis und Serosa als feste Vorderwand geführt. Sobald der Magen gefüllt, schliesst sich automatisch die Fistel. 1) Dank dem klappenartigen Verschlusse. 2) Dank dem langen schrägen Wege. Die Methode verdient ein häufigeres Erproben.

L. Stukkey: «Zur Indikation der Jejunostomie». (Nr. 6).

R. Wreden: «Ueber die Verwendbarkeit des Netzes als Defektverschluss des Peritoneum parietale». (Nr. 6).

An einem 2 mal operierten Falle (das erste Mal wegen Darm und Peritonealaktynomykose, das zweite Mal wegen stecken gebliebenen und Obturationserscheinung hervorrufenden Murphy-Knopfes) konnte W. nachweisen, dass das transplantierte Netz völlig die Struktur des normalen Peritoneum parietale angenommen und prophezeit der Netztransplantation eine grosse Zukunft in der Bauchchirurgie im Gegensatz zu Enderlen.

P. Baratinski: «250 Hernieoperationen». (Nr. 6).

Nach Bassini hat B. 9,2 pCt. nach Kocher 18 pCt. Rezidive. Postoperative Temperaturerhöhung trotz prima intentio beobachtete, B. in mehr als der Hälfte der Fälle.

1905, Nr. 1—2.

A. Wedenski: «Gegenwärtige Methoden der Unterbindung der Art. anonyma und ihre Anwendbarkeit bei anderen Operationen im Mediastinum auticum». (Nr. 1).

Th. Omelitschenko: «Hülfsräume des Mittelohrs, ihre Entwickelungsbedingung und Bedeutung». (Nr. 1).

O. beschreibt Räume im Felsenbein, die er nirgends erwähnt gefunden hat und giebt ihnen den Namen Cellulae accessorae petrosae.

E. Busch: «Hypertrophie der linken Mamma bei einem Manne». (Nr. 1).

W. Bogoljubow: «Darminvagination als Heilmethode einiger gangränöser inkarzerierter Hernien». (Nr. 1).

Der bisher wenig angewandten Methode möchte B. doch bei gering ausgedehnter Gangrän der Darmwand und ferner bei bedrohlicher Schwäche des Patienten den Vorrang eingeräumt wissen vor der Darmresektion. Stenoseerscheinungen, sowie Ileuserscheinungen post operationem sind nicht beobachtet worden. Verfasser hat seinen Fall 3 Jahre nach der Operation beobachtet.

S. Petrulis: «Vaginalmethode der Rektumresektion bei Frauen». (Nr. 1).

W. Oppel: «Subkutane Verletzungen der Niere vom klinischen Standpunkt aus betrachtet». (Nr. 1).

2 einschlägige Krankengeschichten werden gebracht.

S. Delizin: «Einige Worte über den topographisch-anatomischen Atlas von N. Pirogow». (Nr. 2).

K. Jazuta: «Zwei Fälle von Anomalie der Art. vertebralis». (Nr. 2).

P. Solowjew: «Ueber die Bereitung und Anwendung des Jod-Catgut in der Chirurgie und Gynäkologie». (Nr. 2).

D. Gorochow: «Trepanation des Proc. mastoideus verbunden mit Eröffnung des Mittelohres». (Nr. 2).

Kasuistischer und statistischer Beitrag.

P. Tichow: «Ueber Halswirbel vom klinischen Standpunkt aus». (Nr. 2).

Nach Sammlung der Kasuistik kommt T. zum Schlusse, dass man die Resektion der Halsrippen empfehlen kann, auch wenn nur indirekte Indikation, wie Kosmetik und Besorgnis vor eventuellen zukünftigen Störungen, vorhanden.

S. Samochozki: «Zur Kasuistik der Leistenhernien bei Kryptorchismus». (Nr. 2).

S. Kudinzow: «Ueber chirurgische Behandlung der Hämorrhoiden». (Nr. 2).

K. tritt für die von Podres modifizierte Whithead'sche Operation ein. — Exzisionsmethode.

W. Bogoljubow: «Zur Kasuistik der Neubildungen der Gelenkkapseln».

W. von Ungern.

Westnik Oftalmologii. November—Dezember 1905.

K. Orlow: «Ueber das Verhalten einiger Gewebe des Auges zum Gifte der Hundswut».

Experimentiert wurde an Kaninchen und Meerschweinchen. Das Eingehen der unter die harte Hirnhaut mit dem Gifte geimpften Tiere wurde abgewartet und dann die Netzhaut oder der Glaskörper dem gefallenen Tiere entnommen und zu einer Emulsion verrieben. Mit diesen Emulsionen wurden dann gesunde Tiere unter die harte Hirnhaut geimpft. Diese geimpften Tiere gingen unter den bekannten charakteristischen Symptomen zu Grunde, folglich fand sich der Giftstoff in den nervösen Elementen der Netzhaut und konnte auch dort anatomisch nachweisbare Veränderungen hervorrufen. Eine Tafel ergänzt die Beschreibung der gefundenen Veränderungen in den Nervenzellen. Interessenten müssen das Original einsehen.

M. Blagoweschtschenski: «Das Gesichtsfeld beim konkomitierenden Schielen».

Sein Material bestand aus 36 Fällen von Strabismus convergens und 21 Fällen von Strabismus divergens. Bei ersteren war das monokulare Gesichtsfeld in 12 Fällen nicht normal, sondern von 10—25° eingeengt. Von den nach aussen Schielenden zeigte das monokulare Gesichtsfeld in 5 Fällen eine Verengerung. Das summierte, binokulare Gesichtsfeld einer Schielenden setzt sich natürlich zusammen aus Teilen des Gesichtsfeldes richtig fixierenden und aus Teilen des Gesichtsfeldes vom schielenden Auge. Normal legt sich ein Gesichtsfeld auf das andere, und die Grenze des normalen binokularen Gesichtsfeldes ist nur wenig grösser als die normale Gesichtsfeldgrenze eines Auges. Beim Schielen legen sich die Teile welche das binokulare Gesichtsfeld zusammensetzen neben einander. Daher ist eine Erweiterung des Gesichtsfeldes binokular stets vorhanden beim Begleitschielen.

G. Korkaschwili: «Die Augen der Realschüler in Kutais».

Von 714 Schülern waren 532 Grusier, 84 Russen, 41 Armenier, 27 Hebräer. Die Grusier stellten 3 pCt. Kurzsichtige, die Russen 13 pCt., die Armenier 4,8 pCt., die Hebräer 7,4 pCt. Kurzsichtige. Gute Sehschärfe ohne Gläser fand sich bei 87,8 pCt., mit Korrektur bei 92,6 pCt.

Moskauer Ophthalmologische Gesellschaft.

Sitzung am 20. April 1904.

N. Prawossud stellt eine Patientin vor mit Krebs der Lidhaut. Durch Bestrahlung mit Radium war eine vollständige Vernarbung eingetreten. In einer kleinen Glasröhre eingeschmolzen fanden sich 10 Milligram Brom-Radium. Die Röhre wurde der kranken Stelle aufgebunden und wenigstens 3 Stunden lang liegen gelassen. Die Ganze Behandlung hatte 3 Monate gedauert. An 13 Tagen war während dieser Zeit das Radium aufgebunden worden. Zwischen den einzelnen Sitzungen lagen 2 bis 11 Tage, im Durchschnitt, 5 Tage. In einem zweiten Falle, Adeno-Karzinom der Gegend des Tränensackes, wurde kein Erfolg mit der Bestrahlung erzielt.

Sitzung am 30. November 1904.

F. Rshanizyn zeigt Präparate der Konjunktivitis aestivalis (Frühjahrskatarrh), ein Präparat, welches sich nur sehr selten beschaffen lässt. Pathologisch-anatomisch entspricht das Bild dem eines degenerierten Papillomes, und wäre die Bezeichnung Konjunktivitis aestivalis papillomatosa entsprechender. Die Beschreibung der Präparate und deren Vergleich mit den Befunden anderer Forscher ist ausführlich gegeben.

G—n.

Wratschebnaja Gaseta. (Aerzte-Zeitung). 1905. NNr. 1—27.

Inhaltsangabe.

W. Jakubowitsch: «Ueber den Nutzen des pädiatrischen Studiums und über seine Rolle in der Medizin». (Nr. 1).

S. Preobrashenski: «Ueber die Bedeutung der Nase und des Pharynx für die Rede und Stimme». (Nr. 1 u. 2).

M. Breitmann: «Ueber den Neogalenismus». (Nr. 1, 2, 3).

W. Wladimirow: «Der Kaiserschnitt nach Fritsch». (Nr. 1).

A. Kordobowski: «Zur Organisation der Dampfinhalationen in der Kinderpraxis». (Nr. 1).

S. Segal: «Zur Korrektion des Fernsichtigkeits-Astigmatismus nach einer Operation der Transplantation des äusseren rechten Muskels bei konvergierendem Strabismus». (Nr. 1).

J. Krenitzki: «Zur Kasuistik des Echinokokkus multiplex der Bauchhöhle». (Nr. 3).

C. Strzyzowski: «Ueber eine praktisch leicht ausführbare Harnprobe bei Diabetes». (Nr. 3).

A. Dshigit: «Ein Fall von Atresia vaginalis, Uterus rudimentarius, Haematometra, Molimina menstrualia, Menstrua vicaria per vesicam urinariam». (Nr. 3 u. 4).

B. Krewer: «Die österreichischen Unfallversicherungsgesellschaften für Arbeiter im Jahre 1901». (Nr. 3).

M. Saussailow: «Ueber die Ursachen der Erkrankungen im Säuglingsalter bei künstlicher Ernährung mit Kuhmilch». (Nr. 4 u. 5).

T. Glickmann: «Zur Frage über Pneumokokkenarthritis». (Nr. 4 u. 5).

A. Smorochinzew: «Ein Fall von akutem Darmverschluss bei einem fünfjährigen Kinde». (Nr. 4).

J. Schattenstein: «Zur Lehre vom Pemphigus. Ein Fall von Dermatitis herpetiformis Duhring». (Nr. 5 u. 6).

N. Kullistratow: «Eine neue Tragbare zum Transport von Verwundeten». (Nr. 5).

D. Tirjutin: «Ein Fall von multipler puerperaler Thrombophlebitis». (Nr. 5).

T. Glickman: Pipette zum Einträufeln von Ohrentropfen und Insufflator». (Nr. 5).

J. Koslowski: «Ein Fall von Balantidium coli im menschlichen Darme». (Nr. 6, 7 u. 8).

G. Agajew: «Eine seltene angeborene Missbildung des linken Vorderarmes und beider Hände. (Fehlen der linken Ulna, Adactylia sin. et Polydactylia dextra)». (Nr. 6).

G. Wolkenstein: «Ein Fall von Knochenschmerzen («Ostéalgie epophysaire de croissançe Comby») bei einem 7-jährigen Kinde». (Nr. 6).

W. Dementjew: «Ueber die Funktionsfähigkeit der Leber bei Neugeborenen». (Nr. 7 u. 8).

M. Koslowski: «Beitrag zur Kasuistik der Augenverletzungen». (Nr. 7).

M. Klezkin: «Ein Fall von Fistulorraphia vesico-vaginalis mit Komplikation nach der Operation. Ausgang in vollständige Heilung». (Nr. 7).

W. Sabalujew: «Ueber Verbreitung des Kropfes und der Zahnkaries unter Schulkindern». (Nr. 7).

A. Gregori: «Zur Kasuistik der Darmwandbrücke». (Nr. 8).

E. Eliko: «Ein Fall von subnormalem Temperaturabfall während der Geburt im Verlauf von Abdominaltyphus». (Nr. 8).

Troizki: «Erfahrungen eines Kinderarztes über Shelesnowodsk». (Nr. 9 u. 10).

L. Dmitrenko: «Die Diazoreaktion bei Abdominaltyphus und akuten gastro-intestinalen Erkrankungen». (Nr. 9, 10 u. 12).

A. Pangratz: «Zur Frage über die therapeutische Anwendung des Lichtes». (Nr. 9).

S. Swinjazki: «Einige Beobachtungen über die Anwendung des Thigenol Roche bei Frauenkrankheiten». (Nr. 9).

A. Krikliwy: «Die Behandlung von Geschwüren mittels Naphtalinsäckchen». (Nr. 9).

J. Seldowitsch: «Ueber Verletzungen durch japanische Geschosse». (Nr. 10 u. 11).

D. Gorochow: «Ueber Wangenplastik». (Nr. 11, 12, 13, 14).

S. Poggenpohl: «Beitrag zur Diagnostik der bösartigen Neubildungen der Lunge. Ein Fall von metastatischem Lungensarkom». (Nr. 11).

A. Monsse: «Versuche über Prophylaxe der Malaria vermittels der Antimoskitenflüssigkeit von J. Malinin». (Nr. 11).

L. Wolpian: «Experimentelle Untersuchungen des physikalisch-chemischen Energie des kaukasischen Mineralquellen». (Nr. 12, 13, 14).

J. Krenizki: «Beitrag zur Behandlung der Aortenaneurysmen mittels subkutaner Gelatineinjektion». (Nr. 13).

A. Smoljaninow: «Ein Fall von Oedema malignum acutum, geheilt durch Injektion von Wasserstoffhyperoxyd». (Nr. 13).

A. Chochlowkin: «Meningitis cerebrospinalis epidemica apoplectiformis». (Nr. 14, 15, 16).

N. Blumenau: «Ein Fall von Haemophilie bei allgemeiner Tuberkulose». (Nr. 15).

M. Cheyfetz: «Zur Kasuistik der penetrierenden Bauchwunden mit Vorfall der Eingeweide». (Nr. 15).

J. Koslowski: «Desinfektion und Entfernung der Abfallstoffe im St. Petersburger Marien-Krankenhause für Arme und im Alexandrinschen weiblichen Krankenhause im Jahre 1902». (Nr. 15).

N. Kuschew: «Cytodiagnostik der pleuritischen Exsudate». (Nr. 16 u. 16).

J. Benderski: «Ueber Krankenuntersuchung und Massage im Bade». (Nr. 16).

K. Jazuta: «Zur chirurgischen Anatomie der Arteria meningea media». (Nr. 17).

T. Glickmann: «Ein Fall von primärer Aktinomykose des Thorax». (Nr. 17, 19).

J. Spisharni: «Ein Beitrag zur Lungenchirurgie». (Nr. 18, 19, 20, 21).

G. Berlazki: «Influenza und Helminthiasis». (Nr. 18).

M. Nasarow: «Ein Beitrag zur Aetiologie der Appendicitis». (Nr. 18).

N. Moschkow: «Zur Frage der Behandlung veralteter Frakturen der Kniescheibe». (Nr. 18).

N. Perow: «Zur Frage über die Behandlung der Mittelohrentzündungen nach chirurgischen Prinzipien». (Nr. 18).

M. Cheyfetz: «Ein Fall von Scharlach mit mehreren Komplikationen». (Nr. 19).

J. Schattenstein: «Urämie und enterogene Autointoxikation, sowie deren gegenseitige Beziehungen». (Nr. 20, 21 u. 22).

A. Fofanow: «Ein Fall von schwerer diffuser Dermatitis infolge von Idiosynkrasie gegen Quecksilberpräparate». (Nr. 20).

W. Fedorow: «Einige Bemerkungen über die Choleraepidemie im Jahre 1904». (Nr. 20).

M. Orbant: «Partielle Embryotomie». (Nr. 21).

Fedorow: «Ueber die biologische Bedeutung der Brustdrüse im Organismus des Weibes». (Nr. 22, 23, 24, 25).

M. Retiwow: «Einige Fälle von Ischias geheilt durch subkutane Strychnininjektionen». (Nr. 22).

P. Straicher: «Einige Modifikationen in der Technik der totalen vaginalen Uterusexstirpation». (Nr. 22)

N. Lebedewa: «Ein Fall von Abdominaltyphus in hohem Alter». (Nr. 23).

D. Tirjutin: «Zur Kasuistik der Entwicklungsstörungen». (Nr. 23).

M. Liwschitz: «Leberabszesse infolge von Abdominaltyphus. Ein Beitrag zur Frage über Eiterungen bei Typhus abdominalis». (Nr. 24, 25).

P. Alexejew: «Einige Betrachtungen über Epidemieen». (Nr. 24).

G. Temkin: «Lungengangrän geheilt auf operativem Wege». (Nr. 25, 26, 27).

D. Abramowitsch: «Zur Frage der harnsauern Diathese im Kindesalter». (Nr. 26, 27).

T. Fedulow: «Ueber den Einfluss der Hefe auf die Streptokokken im Reagenzglase und im Organismus des Menschen». (Nr. 26).

L. Dobrowolski: «Zur Frage über die Anwendung der von N. Farmakowski empfohlenen Methode der Autotaxis der eingeklemmten inguino-skrotalen Hernien». (Nr. 26).

L. Karwazki: «Ueber ein einfaches Verfahren zum Nachweis der spezifischen Agglutinine im Blutserum Kranker». (Nr. 27).

C. Lehmann.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenh. Pr. №15.

Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften.

№ 4 u. 5. Beilage zur „St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift". 1906.

RUSSISCHE MEDIZINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Chirurgija (Chirurgie).
Detskaja Medizina (Kinderheilkunde).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Odontologitscheskoje obosrenje (Odontologische Rundschau).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Pharmazewt (Pharmazeut).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i veneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt).
Ssowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Ssowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski Shurnal. (Militär-Medizinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).

Medizinskoje Obosrenje (Medizinische Rundschau). Band LXIV. Nr. 20—24. 1905.

N. Michailow: «Einiges über die Wertheim'sche Operation». (Nr. 20).

Verf. ist zu der Ueberzeugung gelangt, dass die jetzt meist geübte Exstirpation des karzinomatösen Uterus per vaginam, nur in den Fällen statthaft sei, in denen der Prozess nur wenig vorgeschritten ist. In allen den Fällen jedoch, bei welchen es sich um vorgeschrittenere Prozesse handelt, auch wenn die Beweglichkeit des Uterus ein Uebergreifen der Erkrankung auf die Adnexa ausschliessen lässt, sollte per laparotomiam vorgegangen werden. Alle Kautelen, die einem Rezidiv entgegengestellt werden können, sind bei dieser Operationsweise viel sicherer und in weiterem Umfange ausführbar.

D. Konschin: «Ein wohlfeiler Tisch zu gynaekologischen und chirurgischen Operationen».

Es handelt sich um einen Operationstisch, welcher nach beigefügter Zeichnung und genauer Beschreibung von jedem Zimmermann für einen mässigen Preis hergestellt werden kann und recht praktisch zu sein scheint.

W. Woronkow: «Zwei Fälle von multiplem einkammerigem Echinokokkus». (Nr. 20).

In einem Fall handelt es sich um eine einzelne Zyste, im Unterhautzellgewebe des rechten Oberschenkels, und 2 Zysten der rechten, und einer der linken Brustdrüse. Im anderen Fall — multiple Echinokokken des Peritoneums im Allgemeinen, und eines herniösen Sackes ausserdem.

G. Baradulin: «Echinokokkus der Niere und seine Diagnose». (Nr. 20).

So kurz der Weg ist, den der Embryo des Echinokokkus zurückzulegen hat, um die Leber zu erreichen, so lang ist der Weg bis in die Niere. Die Diagnose ist schwer, da wenig typische Symptome vorhanden sind. Meist ist nur ein Tumor der Nierengegend zu konstatieren, ohne weitere Anhaltspunkte; finden sich Echinokokkusblasen im Harn, so ist die Diagnose gesichert, doch kommt dieses recht selten vor. Blut im Harn erschwert eher die Diagnose. Für Echinokokkus sprechen: 1) Das langsame Wachstum, 2) Das Fehlen von Schmerzen. Fieber und Veränderungen im Harn, 3) Das Auftreten von Echinokokkusblasen im Harn. Es folgt eine Krankengeschichte.

A. Popow: «Der diagnostische Wert der Schwankungen in der Zahl der Leukozyten bei Masern». (Nr. 21).

Nach Renaud, findet in der Inkubationsperiode bei Masernkranken, eine Zunahme der farblosen Blutkörperchen statt, speziell der mehrkernigen. Entsprechend der Rolle, welche sie im Organismus spielen, kann angenommen werden, dass sie den Kampf mit dem Infektionsstoff aufnehmen. Die Hyperleukozytose beginnt zu Anfang der Inkubationsperiode, gleich im Moment der Infektion; sie steigt und erreicht das Maximum etwa am 6. Tage vor dem Eruptionsstadium, worauf sie wieder abnimmt. Bei normalem Krankheitsverlauf, ist die Zahl der mehrkernigen Leukozyten während des Eruptionsstadiums vermindert, dagegen ist dieses nicht der Fall bei Komplikationen. Zu gleicher Zeit findet eine Zunahme des Prozentgehaltes an Lymphozyten statt, und es treten Myelozyten auf. Also kennzeichnet die Hypoleukozytose das Eruptionsstadium. Da die Veränderungen im Blute schon mit dem Moment der erfolgten Infektion ihren Anfang nehmen, können sie für die Frühdiagnose verwertet werden. Anderseits giebt uns die im Eruptionsstadium eintretende Hypoleukozytose ein sicheres differentialdiagnostisches Moment an die Hand. Popow teilt 10 Krankengeschichten mit und hat die Ergebnisse seiner Blutuntersuchungen in einer Tabelle zusammengestellt. Seine Resultate stimmen mit den von Renaud gemachten Angaben überein.

J. Tschuprina: «Zur Aetiologie des Pemphigus acutus Neugeborener». (Nr. 21).

Für eine infektiöse Entstehung des Pemphigus spricht dessen Kontagiösität, sowie mehrfach angestellte Impfversuche. Das Contagium vivum ist bisher nicht festgestellt. Parrot hält jeden Pemphigus für eine syphilitische Infektion. Allein wesentliche Unterschiede scheinen doch eine Trennung, zwischen Pemphigus syphiliticus und acutus benignus, zu rechtfertigen. Von ersterem werden schwächliche Kinder befallen, mit Lokalisation an Handflächen, Fussohlen und Fingern; von letzterem völlig gesunde, kräftige Kinder mit Lokalisation an Thorax und Extremitäten. Von einigen Forschern sind beim Pemphigus acutus verschiedene Mikroorganismen nachgewiesen worden: Trichophyton tonsurans, Streptokokken und Kokken, deren Natur nicht näher bestimmt wurde.

Verf. hat 6 Fälle von Pemph. ac. untersucht und Kokken gefunden, die mit Gonokokken eine auffallende Uebereinstimmung aufweisen, sowohl morphologisch, als auch in ihrer Gruppierung im Protoplasma der Eiterzellen und im Verhalten zu den verschiedenen Farbstoffen. Da nach Lewin auch andere Dermatosen durch Gonokokken verursacht werden, Urticaria, Erythema multiforme, nodosum etc., will Verf. auch den Pemph. ac. solchen Dermatosen beigesellen. Pemph. ac. ist demnach zweifellos infektiöser Provenienz, das Kontagium vivum können die verschiedensten Mikroorganismen abgeben, wobei die Gonokokken am häufigsten in Frage zu kommen scheinen.

M. Dawydow: «Ein Fall von Echinokokkus der Leber, welcher sich durch die Gallengänge in den Darm entleerte». (Nr. 22).

Verf. teilt die Krankengeschichte eines Falles mit, bei welchem es sich um periodisch wiederkehrende Anfälle von Leberkoliken handelt, welche durch Entleerung einer Echinokokkuszyste der Leber, und nicht durch Gallensteine verursacht wurden.

B. Sykow: «Ueber Akromegalie». (Nr. 23 und 24).

Eine eingehende Erörterung der Frage mit einer Mitteilung einer Krankengeschichte.

E. Mickwitz.

Russkij Wratsch (russischer Arzt). NNr. 35—41.

N. Wolkowitsch: «Zur Frage der Technik der Trepanation des Processus mastoideus». (Nr. 35).

W. beschreibt einen besonderen Operationsmodus, den er anwendet, um einen schnelleren Schluss der bei der Trepanation des Processus mastoideus gesetzten Wunde und ein kosmetisch besseres Resultat zu erhalten, als es bisher möglich war. Die Details sind im Original nachzulesen. Die durchschnittliche Heilungsdauer bei 19 Fällen betrug 3 Wochen.

W. Korentschewski: «Ein Fall von Infektion mit Distomum sibiricum». (Nr. 35).

K. beschreibt genau klinisch und pathologisch-anatomisch einen Fall von Infektion mit Distomum sibiricum — in der Reihe der bisher veröffentlichten der 16. Der erste wurde von Prof. Winogradow beschrieben. Der Parasit ist weitverbreitet. Die Infektion wird dem Menschen durch die Katze vermittelt. Oft macht er Jahre lang, wie auch in diesem Falle, keine Symptome. Letztere bestehen in Schmerzen im Hypogastrium und grosser Empfindlichkeit der Lebergegend; bei anfangs gutem Appetit, starkes Schwächegefühl. Die Leber ist zu Beginn meist vergrössert, später stellen sich cirrhotische Erscheinungen mit Aszites etc. ein. Es treten oft starke Durchfälle, auch blutige auf. Im Kot finden sich stets Distomumeier. Der Wurm saugt sich an der Schleimhaut der Gallenblase und der Gallengänge fest. Des öfteren kommt es zur Bildung von Zysten. Die Symptome sind aber unsicher, oft wurde die Anwesenheit des Distomum als zufälliger Sektionsbefund entdeckt. Die Prognose ist schlecht.

In diesem Falle ebnete diese Distomuminvasion dem Bacterium coli den Weg in die Leber. Der Doppelinfektion erlag der Kranke dann schnell, nachdem er das Distomum lange ohne besondere Symptome beherbergt.

I. Fedorow: «Eine neue Methode der operativen Herstellung einer künstlichen Scheide». (Nr. 36).

F. macht eine sinnreiche und praktische Methode bekannt, dank welcher die künstliche Scheide in ihrer vorderen Wand aus einem Lappen der Vestibularhaut gebildet wird, die hintere Wand der Scheide wird durch Ablösen eines П-förmigen Stückes der Rektalwand erhalten, das mit dem obenerwähnten Lappen vereinigt wird. Die seitlichen Defekte der unteren Partien der Scheide werden mit Hautlappen, die von den grossen Labien und der Dammhaut stammen, versorgt. So erhielt Fedorow eine funktionsfähige Scheide, die ebenfalls, wie auch die nach Snegirew gebildete, nicht durch spätere Retraktionen funktionsuntüchtig wurde, und die den Vorteil hatte, dass die Wollustorgane des Weibes nicht eingeschaltet, sondern in die Bildung mit einbezogen waren.

W. Sikow: «Ueber chirurgische Massnahmen bei inoperabelem Uteruskarzinom». (Nr. 36).

Sich stützend auf die guten Resultate anderer Autoren und eigener 5 Fälle, redet Verf. bei inoperabelem Uteruskarzinom warm das Wort der Unterbindung der zuführenden Gefässe, also der Hypogastricae und Spermaticae, eventuel auch der Arteriae lig. rotundi und der beider Uterinae, letztere 2 der sich leicht bildenden Kollateralen wegen. Dieser Operation geht eine gründliche Auskratzung resp. Ausbrennung der karzinomatösen Wunde voraus. Die Lebensdauer wird auf 6, 9 Monate und mehr verlängert, die Schmerzen, die Blutungen, der Fluor hören auf, das Allgemeinbefinden hebt sich.

G. Schora: «Zur Frage der Spirochaete pallida». (Nr. 37).

Kontrolluntersuchungen, die Verf. anstellte, fielen zum Teil positiv aus. Er weist mit Recht die Annahme Omeltschenko's zurück, dass eventuell eine Verwechselung mit Bindegewebsfibrillen vorliegt. Die Spirochaete pallida steht fraglos zur Syphilis in einer bestimmten Beziehung. Dass sie der zweifellose Erreger derselben ist, ist zwar wahrscheinlich aber noch nicht völlig einwandsfrei bewiesen, da die Herstellung von Reinkulturen noch nicht gelungen.

W. Nedrigailow: «Zur Frage der Fixatoren und Stimuline in bakteriziden Seris». (Nr. 37).

Verf. zieht aus seiner Arbeit folgende Schlüsse:

1. Das Serum gegen Schweinerotlauf in entsprechender Dosis vermischt mit der letalen Infektionsdosis den Tieren eingespritzt, schützt dieselben vor der Erkrankung. Zugleich wird eine lebhafte Phagozytose hervorgerufen.
2. Die Fixatoren (Ambozeptoren) allein beeinflussen nicht die Virulenz der Bakterien und schützen die Tiere nicht vor der Infektion.
3. Serum ohne Fixatore entbehrt gleichfalls der Aktivität.
4. Die Stimuline sind vielleicht komplizierte Körper, die aus den uns bekannten Ambozeptoren und einem unbekannten Komplement bestehen, welches im Serum nach Entfernung des Ambozeptors zurückbleibt.
5. Nicht in jedem Serum ist es möglich die enthaltenen Fixatore nach Bordet-Gengon nachzuweisen.

L. Uskow: «Zur Frage der autographischen Registrierung des Blutdrucks beim Menschen». (Nr. 35, 36, 37).

Verf. beschreibt seine Methode und seinen Apparat zur Autoregistrierung des Blutdrucks beim Menschen und findet, dass er bei genaueren Resultaten bedeutend bequemer in der Handhabung ist, als alle bisherigen. Die genaueren Details eignen sich nicht zum Referat.

M. Sausailow: «Ueber die feuchten Wundverbände». (Nr. 36, 37).

Sowohl theoretische Erwägungen, sowie praktische Erfahrungen ins Feld führend, tritt Verf., durchaus für feuchte antiseptische Wundverbände ein.

1) Saugen dieselben ungleich besser die Wundsekrete auf.
2) Komplikationen mit sekundärer Phlegmone und Erisypel treten nicht ein.
3) Häufigere primäre Wundheilung.
4) Bei infizierten Wunden schnelleres Aufhören der Eiterung.
5) Die Wundheilung mittelst gesunder Granulationen wird beschleunigt.
6) Unter feuchtem Wundverband erfolgt sogar Verheilen infizierter genähter Wunden (Sekundärnaht).

A. Anissimow: «Beiträge zur Kenntnis des Theocins». (Nr. 37).

Das Mittel aus den Theeblättern stammend ist ein Dimethylxantin, das jetzt synthetisch dargestellt, Theocin genannt wird. Es ist ein stark harntreibendes Mittel. Speziell scheint dasselbe aufs Nierenepithel anregend zu wirken, da trotz der kollossalen Flüssigkeitsausscheidung das spez. Gewicht sich nicht ändert. Die Nebenwirkungen waren Eintritt von Appetitlosigkeit, Uebelkeit, Schmerzen im Leibe, Durchfall, Kopfschmerz und Schwindel. Schwerere lebensgefährliche Erscheinungen hat Verf. nicht beobachtet. Immerhin dürfte das Mittel, das bei Wassersucht verschiedenster Provenienz empfohlen wird nur sehr mit Vorsicht zu gebrauchen sein.

A. Anufriew: «Einige Bemerkungen über das Jod-Katgut als Nahtmaterial in der Gynäkologie». (Nr. 38).

So gut die Methode Greife, Krönig etc. sind, so empfehlen sie sich ihrer Kompliziertheit wegen nur für Kliniken. Daher hat A. es mit der Claudius'schen Methode, d. h. der Sterilisation durch Jod versucht. Die Resultate waren die denkbar besten. Anwendungsweise: Katgut wird auf 8 Stunden in eine Lösung von je einem Teil Jod und Jodkali auf 100 Teile Wasser eingelegt und kommt dann zur Aufbewahrung in 3 pCt. Karbollösung oder in 95° Spiritus.

W. Heinatz: «Radiumtherapie des Ulcus rodens». (Nr. 38 und 39).

Verf. hat 13 Fälle von Ulcus rodens mit Radium behandelt. 12 von diesen genasen vollständig.

Als bestes Präparat wird das Büchler'sche empfohlen. Verf. ist für Anwendung kleiner Dosen. Keine zu lange Dauer der Anwendung und keine zu häufige. Meist genügten Seancen von 10 Milligramm 1 Stunde hindurch angewandt. Heilungsdauer schwankte zwischen 4 Wochen u. 6 Monaten. Schon nach 2 Tagen meist beginnt die Reaktion der Gewebe bis dann Wunde und Infiltration sich mit einer Borke bedeckt unter der, wenn nicht Störung eintritt sich eine weiche,

glatte, gefässarme Narbe bildet. Die Strahlen wirken destruierend auf die epithelialen Zellen insbesondere die Kerne. Ersatz wird vom Bindegewebe geleistet. Aufgabe der Therapie ist, solche Mengen zu finden, dank derer Wirkung zwar die Zellen der Neubildung beeinflusst werden nicht aber die des normalen Gewebes. Die zum Teil schlechten Resultate anderer Forscher erklären sich durch eben die allzu starke Einwirkung des Radiums auch auf die normalen Gewebselemente, als deren Folge sich torpide, langsamheilende Wunden entwickeln. Die Ungefährlichkeit und Schmerzlosigkeit der Behandlung und die scheinbare Sicherheit des Erfolges sichern der Radiumbehandlung des Ulcus rodens eine grosse Zukunft.

E. Puschkina: «Medizinischer Bericht über die Tätigkeit der städtischen Gebärasyle im Jahre 1904». (Nr. 38, 39, 40, 41, 42).

A. Dwuschilni: «Der Einfluss des Tierkörpers auf Eigenschaften des Streptokokkus». (Nr. 38, 39).

D. wies durch zahlreiche Beobachtungen nach, dass gewisse morphologische und kulturelle Eigentümlichkeiten für virulente Bakterien in Betracht kommen. Das Fehlen derselben weist jedenfalls auf eine Aenderung auch der inneren Eigenschaften des Streptokokkus hin. Die virulenten, meist menschlichem Infektionsstoff entstammenden Kulturen wurden der Tierpassage unterworfen, und deren Wirkung auf Morphologie und kulturelles Verhalten der Bakterien studiert.

W. Barikin: «Ueber die Therapie der Dysenterie mit spezifischem Serum». (Nr. 30, 38, 39).

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen.

1. Die mandschurische Colitis, wie sie jetzt beobachtet wird, ist eine epidemische Form der Dysenterie, meistens hervorgerufen durch das Bakterium Shiga-Kruse.
2. Die besten Resultate der Brechruhrtherapie haben wir bei Anwendung des spezifischen Serums.
3. Unter dem Einflusse des Serums beobachten wir eine wesentliche Verkürzung der Krankheitsdauer und der Sterblichkeit. Rezidive werden verhindert.
4. Die Wirkung des Serums offenbart sich ungefähr nach 24 Stunden durch Abnahme der Häufigkeit der Stühle, durch Verschwinden des Blutes im Stuhl, durch Aufhören der Schmerzen. Je frischer der Fall, desto besser die Wirkung.
5. Kontraindikationen gegen die Serotherapie konnten nicht gefunden werden. Die gefundenen Nebenwirkungen waren unwesentlich und vergingen rasch.

B. Worotinski: «Ueber die Notwendigkeit der Einbeziehung der Psychopathologie in den Lehrplan des juristischen Studiums». (Nr. 39).

Der Vortrag wurde auf dem 2. Kongress vaterländischer Psychiater gehalten, und dank ihm eine Resolution angenommen, in der der Notwendigkeit Ausdruck verliehen wird, einen Kursus der gerichtlichen Psychopathologie für Juristen als obligatorisch zu erklären und diese Disziplin von der gerichtlichen Medizin zu trennen und einen Psychiater mit der Dozentur zu beauftragen. Nur durch gemeinsame Arbeit der Jurisprudenz und der Medizin werden die mannigfachen Beziehungen der beiden Fächer zu einander klargestellt und damit die Beurteilung und Verurteilung des Verbrechers auf eine humane und gerechte Basis aufgebaut werden können.

W. Oppel: «Ueber die Wandermilz». (Nr. 40).

Verf. polemisiert gegen die Exstirpation der Wandermilz, allein der Lageveränderung wegen und hält die Splenopexie für die einzige erlaubte Therapie. Die bisherigen Erfolge stützen seine Ansicht: Mortalität = 0, während der Prozentsatz bei der Splenektomie ein recht hoher ist. Unter den verschiedenen Methoden giebt er der Rydigier'schen den Vorzug. Dieselbe besteht im Einnähen der Milz in eine Tasche des abgelösten Bauchwandperitoneums. Die Milz kommt so in eine ziemlich normale Lage. Verf. vereinfachte die Splenopexie in seinem Falle, indem er die Milz durch 3 Seidennähte in ihrer fast normalen Stellung fixierte. Blutung unbedeutend. Um resistente Verklebungen zu bekommen, wurde der Epithelialbezug der vorderen Milzoberfläche mit Marlytupfer abgerieben und ein Tampon an die Milz herangeführt. Glatter Verlauf. Verf. hofft, dass auf diese Weise eher erneute Senkungen vermieden werden, als nach der Rydigier'schen und den anderen Methoden.

M. Stanischewskaja: «Bakteriologische Blutuntersuchung an Flecktyphus Erkrankte». (Nr. 40).

Es gelang St. aus dem Blute an Flecktyphus Erkrankter Kokken zu züchten, die den von Lewaschow gefundenen durchaus ähnlich sind. Auch die Untersuchung des früheren Blutes ergab dieselben Bilder, wie sie von anderen Untersuchern gesehen wurden. Der Beweis der Identität dieser Kokken mit dem Erreger des Flecktyphus ist aber noch zu erbringen.

L. Tschausow: «Zur Charakteristik des Abdominaltyphus in der aktiven mandschurischen Armee im Jahre 1904». (Nr. 40).

Im Grossen und Ganzen wies der Typhus in der Mandschurei keine wesentlichen Abweichungen vom allbekannten Bilde auf. Nur einige Komplikationen treten mehr in den Vordergrund.

1. Fiel die relative Häufigkeit der Rezidive (15—20 pCt.) auf, meistens in der 2. Woche der Apyresie. Die Prognose verschlechtert sich bedeutend bei früherem Eintritt des Rezidivs.
2. Eine weitere Eigentümlichkeit war das Auftreten skorbutischer Symptome — auf schlechte Luft und geringen Gemüsekonsum zurückzuführen. Hierbei müssen eigentümliche Oedeme angeführt werden, die im Gesicht beginnen, auf Körper und obere Extremitäten übergingen und zu Flüssigkeitsansammlungen in Pleura und Perikard führten, nach Ansicht Verf. auch skorbutische Erscheinungen.
3. Die relative Seltenheit der Darmblutungen.
4. Die zahlreichen Stuhlentleerungen.

Auf über 1000 Fälle kamen 4 von Laryngotyphus. Bei Auftreten der Stenoseerscheinungen tut Eile Not. 3 nicht operierte starben, der eine Tracheotomierte blieb am Leben.

S. Poggenpohl: «Zur Diagnose und klinischem Verlaufe des Paratyphus». (Nr. 41).

Beschreibung eines Falles von A-Paratyphus. Die Symptome waren sämmtliche genau die des Typhus abdominalis, nur die Agglutination nach Vidal blieb aus, trat dagegen bei Einwirkung des Serums des Erkrankten auf das Paratyphusbakterium ein. Die kulturellen Verschiedenheiten charakterisierten sodann die Krankheit zweifellos als Paratyphus.

G. Selenoi: «Die Palpationsresultate des Dickdarmes bei Abdominaltyphus». (Nr. 41).

Das Gurren bei Palpation der Ileokoekalgegend ist nicht als Typhussymptom anzuerkennen, kommt auch beim Gesunden vor. Dagegen hat das Gurren bei Palpation des S-Romanum, wenn nicht pathognomische, so doch die Bedeutung eines Hilfssymptoms beim Stellen der Typhusdiagnose.

M. Kusnezow: «Zur Frage der Trepanation bei traumatischen Verletzungen des Schädeldaches». (Nr. 40, 41, 42)

Als Resultat seiner interessanten Abhandlung stellt Kusnezow folgende Tesen auf:

1) Bei komplizierten Brüchen des Schädeldaches mit Impressionen von Knochenstücken ist möglichst früh zu operieren.
2) Bei einfachen Brüchen ist ein operativer Eingriff bei Auftreten von Gehirnsymptomen indiziert.
3) Bei Rissen in der Schädeldecke — Abwarten.
4) Wichtig ist in jedem Falle zu individualisieren.
5) Bei den komplizierten Brüchen zieht Verf. die Anwendung des Meissels und der Knochenzange den anderen Entfernungsmethoden vor.
6) Der günstige Ausgang beruht in der Hauptsache:
a) Auf breiter Eröffnung, b) auf subtiler Entfernung ausser Ernährung befindlicher Knochensplitter und zertrümmerter Hirnmassen.
7) Die primäre Trepanation bei frischen Fällen giebt bessere Resultate als die sekundäre.
8) Beste Therapie der die komplizierten Brüche begleitenden Meningitis ist breite Freilegung des Hirns und ausgiebige Tamponade.
9) Wichtig ist längere Beobachtung des Kranken nach Entlassung.
10) Verletzung der Stirnlappen führt häufig zur Witzelsucht (Jastrowitz).

Luchsinger.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei. (Journal für Geburtshülfe und Frauenkrankheiten) November u. Dezember 1905.

W. Perlis: «5 Fälle von Kaiserschnitt im Verlauf von $4^1/_2$ Monaten». (Nr. 11 u. 12).

Bericht über 4 konservative und einen Kaiserschnitt nach Porro, davon 3 wegen absoluter, 2 wegen relativer Indikation.

Fall I: Gravidität kompliziert mit einem mannskopfgrossen retrozervikal sitzenden Myom. Bald nach dem Beginn der Geburtswehen schritt P. zur Sectio caesarea, Fundalschnitt, Entfernung des im kleinen Becken eingekeilten Myoms, supravaginale Amputation des Uterus, lebendes Kind. Genesung der Mutter.

Fall II: Enges skoliotisch rhachitisches Becken, dreimalige Perforation des Kopfes während der Geburt, die vierte Schwangerschaft wurde in der 33 Woche unterbrochen, aber auch mit Perforation beendet, danach grosse Blasenscheidenfistel, die Verf. nach Küstner vernähte.

Bei der nächsten Schwangerschaft wurde, als sich zum Termin Wehen einstellten, zum Kaiserschnitt geschritten, Fundalschnitt, mässige Blutung, lebendes Kind, Genesung. Nach Ablauf von 4 Jahren wiederum Schwangerschaft, wiederholter Kaiserschnitt beim Beginn der Wehen, Längsschnitt, der die Plazenta trifft, starke Blutung, lebendes Kind, P. führte zur Vermeidung einer nochmaligen Schwangerschaft die Tubenresektion aus, Genesung.

Fall III: Enges Becken und Kyphosis sacralis, die Distantia tuberum ossis ischii betrug 6,6, Kaiserschnitt aus absoluter Indikation, Fundalschnitt, minimale Blutung, lebendes Kind, Genesung.]

Fall IV: Rhachitisches Becken, Conjugata vera 6,5, nach den ersten Wehen Sectio caesarea, Fundalschnitt, lebendes Kind. Genesung.

Fall V: Enges Becken, Conj. vera 7,0—7,3, bei Wehenbeginn Fundalschnitt, keine Blutung, lebendes Kind. Genesung.

E. Lustwerk; «Ueber einen Fall von Teratom der Kreuzbeingegend». (Nr. 11 u. 12).

Bei einer Mehrgebärenden wurde nach 12-stündigem Kreissen der Kopf und der Thorax des Kindes geboren, die untere Partie des Rumpfes wurde mit grossen Schwierigkeiten von L. extrahiert, darauf folgten eklamptische Krämpfe. Auf dem Kreuzbein des Kindes sass eine gelappte Geschwulst, deren Grösse nicht angegeben ist. Auf dem Durchschnitt sah man Fettgewebe, Knochen- und Knorpelbestandteile, Haare. Pat. genas.

K. Ulesko-Stroganowa: «Ueber das epitheloide Gewebe im weiblichen Genitaltraktus; dessen Bedeutung und Entwickelung unter physiologischen und pathologischen Bedingungen». (Nr. 11 u. 12).

Unter physiologischen Bedingungen trifft man das epitheloide Gewebe als deciduales in der Schleimhaut der Gebärmutter während der Schwangerschaft. Weniger deutlich sind die Veränderungen während der Menstruation zu sehen, die Bindegewebszellen der Schleimhaut wachsen, vermehren sich und bilden kleinere und grössere Gruppen eng an einander gelegener Zellkomplexe, welche reich an Protoplasma sind und grosse runde oder ovale Kerne besitzen. Unter pathologischen Bedingungen wurde epitheloides Gewebe in Tuben gefunden, wenn chronisch entzündliche Prozesse gespielt hatten.

Lingen.

Westnik Oftalmologii. (Zeitschrift für Ophthalmologie.) Januar—April 1906.

A. Maslennikow: «Ueber den Zustand der Nasenhöhle bei Erkrankungen der Tränenableitungswege».

An 115 Patienten mit Erkrankung der Tränenableitungswege fanden sich spezialistisch untersucht: Verkrümmung der Nasenscheidewand 7 pCt., chronischer einfacher Katarrh 7 pCt., hypertrophischer Katarrh 36 pCt., Polypen 3 pCt., atrophischer Katarrh und Ozaena 20 pCt. Erkrankungen der Nebenhöhlen fanden sich bei 8 pCt., Syphilis der Nase 5 pCt. In 12 pCt. wurde die Nasenhöhle gesund befunden.

J. Günzburg: «Katarakt nach Blitzschlag».

Der zur Zeit 21-jährige Patient hat bis zu seinem 16. Jahre gut gesehen und eine dreiklassige Volksschule absolviert. Mit der Hütung einer Schafheerde in der Steppe betraut, wurde er von einem heftigen Gewitter überrascht und suchte Schutz unter dem Verdeck eines landesüblichen Karren, einer Arbe. Unter den Karren, zwischen den Rädern hatten sich sieben Schäferhunde gelagert, einer derselben war durch eine Kette an den Karren angeschlossen. Ob er eingeschlafen gewesen oder bewusstlos gelegen hat, weiss er nicht anzugeben. Als herankommende Leute ihn weckten, war er fast blind auf beiden Augen. Alle sieben Hunde waren tod; diejenigen, welche frei gelegen hatten, wiesen äusserlich keine Spuren einer Verletzung auf, dagegen war der angekettete Hund vom Blitz durch die Stirn getroffen worden, wo sich eine klaffende Wunde fand. Drei Wochen lang nach diesem Unfall beherrschte ihn heftigste Lichtscheu. Als dieselbe geschwunden, bemerkte er, dass er auf beiden Augen schlecht sehe. Im Verlauf der seit dem Unfall dahingegangenen Jahre soll sich das Sehvermögen weiter nicht verschlechtert haben. Zur Zeit ist das Sehvermögen rechts = $^{2}/_{10}$, links = Fingerzählen ca. 10 Fuss. Die Linsentrübung zeigt: im Zentrum der Pupille eine weiss-graue perlmutterfarbige Trübung umgeben von einem ringförmigen leicht trüben Hofe, welcher sich aus sehr kleinen punkt- und strichförmigen Trübungen zusammensetzt. An den Ring schliessen sich radiär zum Linsenrande verlaufende strichförmige Trübungen. Diese letzteren Trübungen finden sich auch an der hinteren Linsenwand. Alle Trübungen sitzen in der Bindenschicht, der Kern der Linse ist durchsichtig und der Fundus auf beiden Augen recht gut sichtbar. Das Gesichtsfeld ist rechts nach oben hin so stark eingeschränkt, dass er fast wie ein hemianopisches aussieht. Linkerseits fehlt die obere Hälfte und das Zentrum bis auf 30°, so dass nur ein halbzirkelförmiger Streifen des Gesichtsfeldes funktioniert. Günzburg schliesst sich der Hypothese von Lingsch an, nach welcher die chemische Wirkung der ultravioletten Strahlen das Epithel der Linsenkapsel sowie das Epithel des Ziliarkörpers zerstören und dadurch die Trübung in der Bindenschicht der Linse bewirken.

J. Kasas bringt die genaue Beschreibung:

1. eines Falles von angeborenem Kolobom der Iris, Retina, Chorioidea und der Sehnerven. 2. Kolobom der Iris, Retina und Chorioidea. 3. Kolobom der Gegend des gelben Fleckes. Alle drei Fälle betreffen junge Leute, welche auf ihre Tauglichkeit zum Militärdienste untersucht wurden.

S. Golowin: «Die Geschwülste des Sehnerven und ihre operative Behandlung».

Teil III. Die ersten beiden Kapitel der Arbeit erschienen 1904 und 1905 und sind referiert worden. Die vorliegende Arbeit bringt eine Beschreibung und Kritik der Operation nach Knapp und Krönlein und deren Modifikationen. Wer die Operation ausführen will, muss vorher nachlesen und an den Zeichnungen die Schnittrichtungen einsehen. Golowin empfiehlt hier einige Varianten.

P. Wadsinski: «Gumma der Sklera».

Mann von 23 Jahren. Die Ansteckung erfolgte im Mai 1904: im Februar 1905 stellte sich Patient mit der Geschwulst am linken Auge vor. Die Geschwulst von ovalärer Gestalt, Länge 12 Mm., Breite 9 Mm., Höhe etwa 5 Mm. Sitz: unten und etwas nach innen auf dem Rektus inferior, in 3 Mm. Abstand vom Hornhautrande. Zwölf Einreibungen à 4,0 brachten die Geschwulst zum Schwinden. Es hinterblieb ein Pigmentfleck.

K. Snegirew: «Doppelseitige akute Erkrankung der Thränen- und Speicheldrüsen».

Zwei Fälle, drei Bilder. Warme Kompressen und innerlich Natr. salic.

Moskauer Ophthalmologische Gesellschaft.

Sitzung am 22. Februar 1905.

B. Gurwitsch: «Erfolge der Iridektomie beim Glaukom».

Die Moskauer Augenklinik lieferte — in zehn Jahren —: akutes Glaukom 16, chronisches Glaukom 270, Glaukoma simplex 31 Fälle. Aus der privaten Praxis· Professor Krjukow's: Glaukoma akutum 6, chronicum 88, simplex 25 Fälle. Im Material der Klinik sind alle operierten Fälle berücksichtigt. Aus der Privatpraxis diejenigen Fälle, deren Schicksal über zwei Jahre hinaus verfolgt werden konnte. Die unmittelbaren Erfolge der Operation waren am Materiale der Klinik: Glaucoma acutum 75 pCt. Besserung, 25 pCt. Status idem. Glaukoma chronicum, Besserung 8,1 pCt. Status idem 73,7 pCt., Verschlechterung 18,5 pCt. Glaucoma simplex Besserung 19,3 pCt., Status idem 58,1 pCt., Verschlechterung 22,5 pCt. In der Gruppe Glaucoma chronicum erblindeten, soweit darüber Nachweise zu erlangen waren, trotz der Operation 25,8 pCt. Das Material der Privatpraxis ergab: für das akute Glaukom 100 pCt. guten Erfolg. Glaucoma chronicum, Besserung 13,8 pCt., Status idem 44,3 pCt., Verschlechterung 17,04 pCt., Erblindung 25 pCt. Glaucoma simplex, Status idem 64 pCt., Verschlechterung 12 pCt., Erblindung 24 pCt.

Nur medikamentös, mit Eserin oder Pilokarpin, waren 10 Fälle chronischen Glaukoms behandelt worden. Diesen Fällen zählt Verf. 11 gleichartige Wygodskis hinzu, und dann ergiebt sich, dass in 71,3 pCt. die Myotika doch noch recht brauchbare Wirkung äussern. In der Debatte werden diese Fälle als zu ungenügend und zu subjektiv angegriffen. Den Gebrauch der Myotika der Operation vorzuziehen ist nicht berechtigt. Immerhin zeigt aber auch diese Zusammenstellung, dass die Iridektomie beim Glaukom lange nicht das leistet, was vielfach noch angenommen wird.

O. Awerbach: «Berichtet über zwei Fälle primärer Tuberkulose der Bindehaut».

G—n.

Wojenno-Medizinski Shurnal. (Militär-medizinisches Journal). Juli—September 1905.

J. Andrshejewski: «Ueber die malarische Affektion der Vasomotoren und die dadurch hervorgerufenen lokalen Zirkulationsstörungen». (Nr. 7 u. 8).

J. Rukowitsch: «Die Methoden der chirurgischen Behandlung einiger Komplikationen des Abdominaltyphus». (Nr. 7).

Von den Komplikationen des Abdominaltyphus bespricht Verf. die metastatische Parotitis, die Otitis media purulenta und die Perichondritis laryngea. Die zweckmässigste Behandlung dieser Komplikationen ist ein frühes chirurgisches Eingreifen.

A. Gregori: «Die Bedeutung der Helminthen in der Aetiologie der Appendicitis». (Nr. 7).

Auf Grund der Literatur und seiner eigenen Beobachtungen kommt Verf. zum Schluss, dass die Helminthen, besonders der Trichocephalus und der Oxyuris vermicularis. nicht selten eine ansehnliche Rolle in der Aetiologie der Appendicitis spielen; in allen Appendicitisfällen, die kein sofortiges operatives Eingreifen indizieren, ist es deshalb notwendig die Faeces sorgfältig auf Helminthen zu untersuchen. Sollten letztere sogar nicht gefunden werden, so ist eine antihelminthische Thymol-Santonin-Behandlung doch indiziert, der die Untersuchung trotz des Vorhandenseins von Helminthen negativ ausfallen kann. Wenn die Aerzte der Helminthen-Infektion eine gewisse Bedeutung für die Aetiologie der Appendicitis anerkennen würden und die daraufhin gerichtete Untersuchung und Behandlung vorgenommen hätten, so würde bei manchem Patienten die Operation und ihre zuweilen lebensgefährlichen Folgen vorgebeugt werden können.

L. Tschaussow: «Die Skorbutischen Erscheinungen beim Abdominaltyphus in der Mandshurischen Armee im Jahre 1904». (Nr. 7).

J. Zimmermann: «Ein sporadischer Fall von Meningitis cerebrospinalis». (Nr. 7).

Heilung.

M. Poltorazki: «Zur Frage über die Methoden von Pignet und Tartière zur Bestimmung der Tauglichkeit zum Militärdienst». (Nr. 7).

N. Serebrennikow: «Bemerkungen über die wünschenswerten Abänderungen in den Divisions-Lazaretten». (Nr. 7).

L. Charitonow: «Korrespondenz aus Charbin». (Nr. 7 u. 8).

E. Kistjakowski: «Zur Frage über die Wirkung des Urotropins». (Nr. 7).

Verf. bestätigt den günstigen Einfluss des Urotropins bei akuten und chronischen gonorrhoischen Uretritiden und bei verschiedenen Cystitisformen; irgend welche Komplikationen wurden niemals beobachtet.

G. Gabbe: «Zur Frage der Behandlung des phagadänischen weichen Schankers». (Nr. 7).

Auf Grund eines einzigen Falles empfiehlt G., als beste Behandlung des phagadänischen weichen Schankers, die Ausschabung desselben mit scharfem Löffel.

N. Schebajew: «Ein seltener Fall chronischer Urtikaria, die nur durch Chinopyrin geheilt werden konnte». (Nr. 7).

A. Astwazaturow: «Korrespondenzen von der Insel Krit». (Nr. 7, 8 u. 9).

J. Rukowitsch: «Fälle von Schusswunden der Höhlen, die bei aus dem Fernen Osten evakuierten Soldaten beobachtet wurden». (Nr. 8 u. 9).

R. beschreibt 18 Fälle von Verwundungen des Kopfes und 97 Fälle von Schusswunden der Bauchhöhle».

J. Sabludowski: «Ueber die Bedeutung der physikomechanischen Behandlungsmethoden, besonders der Massage, bei habitueller Obstipation». (Nr. 8 und 9).

Ausführliche Beschreibung der Behandlungsmethode der habituellen Obstipation durch Massage.

N. Dawydow: «Einige Bemerkungen über den artifiziellen Ikterus». (Nr. 8).

In den von D. beobachteten drei Fällen wurde der Ikterus wahrscheinlich durch Pikrinsäure künstlich hervorgerufen.

A. Strelkow: «Die Behandlung des Erysipels mit Bierhefe». (Nr. 8).

Verf. versuchte die Wirkung der Bierhefe bei 30 Erysipel-Kranken festzustellen. Die Behandlung wurde folgendermassen durchgeführt: Den Patienten wurde 3 Mal täglich je ein Esslöffel Hefe in einem halben Glas Bier gegeben. Die Hefe war immer frisch, mehr als 3 Tage blieb sie nie in der Abteilung und stand die ganze Zeit in kaltem Wasser. Auf Grund seiner Beobachtungen kann Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) Die Anwendung der Hefe verkürzt den Verlauf des Erysipels. 2) Die Verbreitung des Erysipels wird durch die Bierhefe-Behandlung abgeschwächt. 3) Der Verlauf des Erysipels ist bei der Bierhefe-Behandlung ein leichter, obwohl Abszesse und Rezidive vorkommen. Um Rezidive vorzubeugen, muss die Hefe bis zum Schwinden der Röte und bis zum Normalwerden der Temperatur gegeben werden. 4) In einigen Fällen bekommt man sogar den Eindruck einer coupierenden Wirkung der Hefe. 5) Bei Behandlung des Erysipels mit Hefe kann man ohne alle andere therapeutische Massnahmen auskommen, ausser einer Eisblase auf den Kopf bei allzu hoher Temperatur. 6) Die Temperatur fällt gewöhnlich kritisch ab gleichzeitig mit dem Aufhören der Ausbreitung des Erysipels. 7) Die Bierhefe-Behandlung ist die beste von allen bis jetzt empfohlenen Behandlungsmethoden, von einer Spezifizität derselben kann solange aber noch nicht die Rede sein.

A. Ssibirski: «Das Soldatenleben zur Friedenszeit». (Nr. 8, 9, 10 und 11).

W. Schendrikowski: «Aus dem Notizbuch des älteren Arztes des 18. Feldhospitals». (Nr. 8).

M. Makarow: Die Tätigkeit des Verbandplatzes des 57. Modlinschen Infanterieregiments am 23.—25. Februar». (N. 8).

A. Schanjawski: «Die fliegenden Kolonnen im Kriege». (Nr. 8 und 9).

N. Pawlow: «Die Abhängigkeit der Sehschärfe von pathologischen Prozessen, die ophthalmoskopisch am Augenhintergrund festgestellt werden, und von Refraktionsanomalien». (Nr. 8).

P. Ljubomudrow und D. Gromakowski: «Zur Frage über die Haffkinschen Schutzimpfungen gegen die Cholera». (Nr. 9).

W. Korentschewski: «Ueber die Prophylaxe des Abdominaltyphus, der Dysenterie und Cholera während des Krieges». (Nr. 9).

Ausser den allgemeinen hygienischen Massregeln empfiehlt Verf. sehr Schutzimpfungen, die in vielen Ländern schon recht günstige Resultate ergeben haben.

L. Charitonow: «Die therapeutische Bedeutung des Zinkoxyds». (Nr. 9).

Nach den Beobachtungen des Verfassers giebt bei Behandlung des weichen Schankers die besten Resultate das Zinkoxyd.

E. Klopfer: «Ein portativer Apparat zur Untersuchung des Wassers im Feldzuge». (Nr. 9).

W. Ssesenewski: «Ueber die Wahl des Verbandplatzes». (Nr. 9).

Der Verbandplatz muss in einer Entfernung von 4—6 Werst vom Kampfplatze aufgeschlagen werden.

A. Ljandsberg: «Zur Frage der medizinischen Einrichtung der Militär-Sanitäts-Züge». (Nr. 9).

M. Reich: «Ueber die Zulässigkeit der freien Arbeiten überhaupt und speziell der Feldarbeiten für Soldaten mit chronischen Affektionen der Augenbindehaut». (Nr. 9).

J. Dombrowski: «Zur Behandlung der Fussschweisse mit Formalin». (Nr. 9). Schlussfolgerungen:

1) Formalin ist das am sichersten wirkende Mittel gegen Fussschweisse. 2) Die Anwendung desselben erfordert nur ambulatorische Behandlung, weshalb die Soldaten in der Fronte bleiben können. 3) Die beste Anwendungsart desselben sind wiederholte Bepinselungen der kranken Stellen an der Fusssohle mit 20 pCt., der Interdigitalfalten mit 10 pCt. Lösung. 4) Im Feldzuge sollen während des Sommers die Infanterieabteilungen mit einer genügenden Quantität Formalin versorgt werden.

P. Potiralowski: «Zur Frage der Evakuation der Verwundeten im Russisch-Japanischen Kriege». (Nr. 9).

A. Sacher.

Wratschebnaja Gaseta. (Aerzte-Zeitung). 1905. NNr. 28—52.

Inhaltsangabe.

A. Raschkess: «Inkarzeration eines sechs Monate graviden, reflektierten Uterus, Gangraen der Blasenschleimhaut, Unterbrechung der Schwangerschaft mittelst Bossi. Genesung». (Nr. 28 u. 29).

N. Sokolski: «Ueber die diagnostische Bedeutung der Nagelfurche». (Nr. 28).

W. Korentschewski: «Ein Fall von akuter Anthraxpneumonie». (Nr. 29).

P. Dmitrewski: «Ueber penetrierende Bauchwunden mit Prolaps der Eingeweide». (Nr. 29).

Th. Sarzyn: «Behandlung der Peritonitis». (Nr. 30).

S. Segal: «Ueber Methoden der Entlarvung von Blindheit Simulierender und die Feststellung latenter Sehdefekte». (Nr. 30 u. 31).

I. Hermann: «Querlage mit Vorfall der Hand». (Nr. 30).

J. Neustab: «Zur Kasuistik der Erkrankung der Respirationsorgane». (Nr. 31 u. 32).

L. Einiss: «Ueber den ableitenden Einfluss selbständiger und ableitender Affektionen der Hautdecken». (Nr. 32).

G. Wlaew: «Behandlung und Aetiologie der Dysenterie». (Nr. 33).

M. Winogradow: «Ein Fall von Darmlaesion mit Genesung». (Nr. 34).

N. Blumenau: «Multiple Neuritis epidemischen Charakters». (Nr. 34).

E. Katunski: «Schwangerschaft und Geburt bei gleichzeitigem Bestehen von organischen Rückenmarksaffektionen». (Nr. 33, 34 u. 35).

A. Zazkin: «Akute doppelseitige Dakryozystitis». (Nr. 35).

A. Werekundow: «Syndaktylie». (Nr. 35).

A. Gabrilowitsch: «Ueber einige eigentümliche Erscheinungen beim Scharlach». (Nr. 36, 37 u. 38).

M. Besbokoi: «Zur Kasuistik der feuchten Gangraen des Unterschenkels». (Nr. 36).

L. Belinski: «Vaginalruptur sub coitu bei unverletztem Hymen». (Nr. 36).

N. Gundobin: «Masernbakterien und Masernserum». (Nr. 37).

P. Straicher: «Salpingitis cystica partialis». (Nr. 37).

B. Rutschinski: «Zur Aetiologie sero-fibrinöser Pleuritiden». (Nr. 38).

M. Nasarow: «Morbus Brightii». (Nr. 38).

J. Schwez: «Puerperale Staphylokokkenpyämie». (Nr. 39).

A. Wladytschenski: «Ueber die Wirkung einiger Mittel auf den Darm (Methode Magnus)». (Nr. 39).

I. Fedorow: «Graviditas interstitialis propria tubae Fallopii». (Nr. 40 u. 41).

A. Tetradse: «Ueber Diagnose und Statistik der Malaria». (Nr. 40).

S. Rosow: «Zur Kasuistik der Uterusperforation bei Abrasio». (Nr. 40 u. 41).

J. Halperin: «Seltene Fälle aus der rhino-laryngologischen Praxis». (Nr. 41).

L. Dmitrenko: «Ueber die klinische Bedeutung der Digitalis». (Nr. 42 u. 43).

K. Michailow: «Ueber den Einfluss des arzneilichen Mediums auf die Resorption eines Arzneimittels». (Nr. 43 u. 44).

W. Senjunass: «Ueber Ergotismus im Kreise Pudoshsk, Gouvern. Olonezk». (Nr. 43).

W. Boshowski: «Ueber die Abhängigkeit des Pulsus dicrotus von dem Blutdruck». (Nr. 44, 45 u. 46).

N. Popow: «Akromegalie». (Nr. 45 u. 46).

E. Hartge: «Ueber die Infektion von Kindern während des Hospitalaufenthaltes». (Nr. 47 u. 48).

A. Sholkow: «Zur Kasuistik des subkutanen Emphysems». (Nr. 47).

G. Kaplanski: «Verletzung der Bauchhöhle mit Vorfall der Därme». (Nr. 47).

N. Petrow: «Ueber einen Fall von retroperitonealem zystoidem Lymphangioma». (Nr. 48).

E. Gindess: «Scharlachdiphtherie mit Perforation des Gaumens». (Nr. 48 u. 49).

M. Arinkin: «Krioskopie des Harns bei Nephritikern». (Nr. 49).

M. Saussailow u. E. Telitschenko: «Desinfektion chirurgischer Instrumente». (Nr. 49).

J. Schwez: «Ein Fall von metastatischen Gonokokkenphlegmone». (Nr. 50 u. 51).

N. Sjablow: «Blasenmole». (Nr. 50).

L. Einiss: «Ueber Geschwülste des Nasenrachenraums». (Nr. 51).

C. Strzyzowski: «Ueber Harnuntersuchungen auf Eiweiss und Zucker in der Landpraxis». (Nr. 51).

L. L.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenh. Pr. №15.

Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften.

№ 6 u. 7. Beilage zur „St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift". 1906.

RUSSISCHE MEDIZINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Chirurgija (Chirurgie).
Detskaja Medizina (Kinderheilkunde).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Odontologitscheskoje obosrenje (Odontologische Rundschau).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Pharmazewt (Pharmazeut).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i weneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt).
Ssowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Ssowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski Shurnal. (Militär-Medizinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).

Russki Wratsch (russischer Arzt). NNr. 42—52. 1905.

M. Rostowzew: «Ueber das Epidemische der Perityphlitis und über die Beziehung derselben zur Grippe und den anderen Infektionskrankheiten». (Nr. 42—44).

Entsprechend den Anweisungen Golubow's nahm R. «grosse Zahlen» statistischer Angaben zweier grosser städtischer Hospitäler Petersburgs und kam auf Grund dieses Materials zur Ueberzeugung, dass die Furcht vor der Perityphlitis absolut unbegründet ist, da eine progressive Verbreitung derselben durchaus nicht festzustellen ist. Die grössere Häufigkeit ist nur eine scheinbare und dadurch zu erklären, dass die Aerzte sie besser kennen und leichter diagnostizieren, als früher.

Diese Krankheit ist auch im Publikum sehr «modern» geworden, wofür die Gründung verschiedener «Appendicitis-Klubs» und der Versicherungsgesellschaften gegen Appendicitis spricht.

Die Theorie über die epidemische Verbreitung ist nur auf allgemeinen Eindrücken basiert und kann durch statistische Ziffern widergelegt werden.

Die aetiologische Rolle der Grippe ist eine höchst geringe und hinterlässt kaum irgend welche Spuren, da diese Fälle sich in der allgemeinen Masse verlieren; derselbe bezieht sich auf die übrigen Infektionskrankheiten.

J. Sochazki: «Ein Fall von allgemeiner Fettleibigkeit, antiluetisch geheilt». (Nr. 42).

Nach der Infektion mit Lues begann nach ½ Jahre die 35-jährige Patientin stark zuzunehmen, im Verlauf von 6 Jahren 2 Pud, das Körpergewicht betrug schliesslich 7 Pud 1 Pfund. Sie wurde darauf einer spezifischen Behandlung unterzogen. Diese Zeit kann man in 2 Abschnitte teilen. Die erste Periode, als KJ und Quecksilber angewandt wurden, umfasste 21 Tage, das Gewicht sank um 12 Pfund; die 2. Periode dauerte 56 Tage und die Kranke nahm nur KJ, — im Ganzen 82 Gr. — ein; während dieser Zeit war ein Gewichtsverlust von 36 Pfund zu verzeichnen.

A. Orlow und S. Simnizki: «Zur Frage über die Lungenverletzungen im russisch-japanischen Kriege nach den Beobachtungen im Hospital der Kaufmann'schen Gemeinschaft in Nikolsk-Ussurisk».

Die Verfasser können nicht die Meinung verschiedener Chirurgen bestätigen, dass die Schussverletzungen der Brust resp. Lungen mit kleinkalibrigen Flintenkugeln zu den leichten gehören. Bei längerer Beobachtung der Verwundeten konstatiert man häufig Erscheinungen von Seiten der Lungen und der Pleura, wie Verwachsungen der Blätter derselben, infolge dessen geringe Ausdehnungsfähigkeit und schliesslich Schrumpfung der Lungen, da die Schusskanäle recht häufig ausgedehnte und feste Narben liefern. In 2 Fällen von Kugelverletzungen konnte eine deutliche Schrumpfung der Lungen konstatiert werden, welche sich bemerkbar machte durch ein Zurückbleiben der befallenen Brusthälfte beim Einatmen einer Verringerung ihrer Ausdehnungsfähigkeit um die Hälfte, einer geringen Dämpfung und Atemnot. Sehr häufig ist als Folgeerscheinung eine sehr hartnäckige Blutarmut zu sehen, sogar mit Temperatursteigerungen, obgleich in den Lungen keine Veränderungen wahrzunehmen sind.

In jedem Falle müssen solche Verwundete längere Zeit beobachtet werden, um ihre Diensttauglichkeit festzustellen. Sie sind als Schwerverwundete anzusehen, welche entweder ganz vom Dienste befreit oder auf ½ oder ein Jahr zur Erholung nach Hause zu entlassen sind.

J. Skliarow: «Zur Kasuistik der Aneurysmen durch Schussverletzungen». (Nr. 43).

B. Solzow: «Die Methodik der qualitativen Zuckerbestimmung im Harn». (Nr. 44).

L. Jakobson: «Ueber den Kampf mit dem Flecktyphus auf dem Kriegsschauplatze».

Enthält nichts Neues.

A. Mankowski: «Zur Frage über die Doppelmissbildungen. 2 seltene Fälle von Doppelmissbildungen beim Hühnerembryo». (Nr. 45).

P. Baratinski: «Ektopie der Harnblase». (Nr. 45).

Eine genaue Beschreibung einer von Subbotin an einem 7-jährigen Knaben mit Ektopie der Harnblase und Epispadie des Penis ausgeführten Operation. Diese Methode ist im Jahre 1901 ausführlich in den «Nachrichten der militär-medizinischen Akademie» mitgeteilt worden.

Th. Ribakow: «Behandlung von Alkoholikern». (Nr. 45).

R. spricht sich besonders für die ambulatorische Behandlung mit Hypnose aus, und stellt dieselbe höher als die Isolierung in Spezialanstalten, welche nur in den aller schwersten Fällen anzuwenden ist.

Th. Omeltschenko: «Ein Fall von übertragenem Krebs der Bauchhaut mit einer Beschreibung des Baues und der Teilung der Kerne der Krebszellen». (Nr. 45).

N. Batnew: «Der Beginn der Aorta und der verengten Lungenarterie aus dem rechten Ventrikel und einer Oeffnung bei der Insertion der Ventrikelscheidewand des Herzens eines 3-jährigen Mädchens, und über die Entwicklung dieser Art Missbildungen». (Nr. 46).

S. Suchanow: «Ueber die depressiven Formen der Gemütsstörungen bei Soldaten (aus der Anstalt für geisteskranke Krieger in Moskau». (Nr. 46).

Die Schlüsse, die S. aus seinen Beobachtungen zieht, sind folgende:

1) Unter den geisteskranken Soldaten beobachtet man eine bedeutende Anzahl von depressiven Formen der Geistesstörung.

2) Diese Formen zerfallen in akute und chronische. Erstere sowohl, wie letztere müssen in der Klassifikation der Geisteskrankheiten eine verschiedene Stelle einnehmen: die ersteren gehören zur Gruppe der akuten Psychosen, die letzteren zur Dementia primaria adultorum, zur chronischen Paranoia.

3) Von den akuten Psychosen kann man 4 Formen unterscheiden a) die depressive-hypochondrische, b) die depressive-amantive, c) die depressive-stupuröse und d) die depressive-paranoiale.

4) Die einen von den akut depressiven Formen gehören zur hypochondrischen Melancholie, die anderen—zu den gemischten Formen. Ausserdem trifft man Fälle, welche man zur Gruppe der Melancholie rechnen muss, welche sich entwickeln entweder in Verbinduug mit einer Intoxikation- (Alkohol z. B.) oder auf Grundlage einer spezifisch-pathologischen nervös-physischen Organisation (Constitutio ideo-obsessiva).

S. Orlowski: «Ueber künstliche Atheromatose der Aorta bei Kaninchen, hervorgerufen durch Einspritzungen von Adrenalin, Digalen, Strophantin, Adonidin». (Nr. 46).

Experimenrelle Untersuchung.

N. Leshnew: «Die Behandlung der Harnblasengeschwülste». (Nr. 47).

In seiner Privatpraxis und in der Klinik der militär-medizinischen Akademie beobachtete S. Fedorow im Verlauf der letzten 2 Jahre 16 Patienten mit Harnblasengeschwülsten, deren Krankengeschichten L. ausführlich mitteilt. Von ihnen waren 15 Männer und 1 Frau. Bei allen war die Neubildung eine primäre. Bei 10 war dieselbe bösartig, bei 6 — gutartig. Aus der ersten Gruppe wurde bei 5 keine Operation ausgeführt, bei 2 beschränkte man sich auf die Anlegung einer Fistel über der Symphyse, nur bei 3 wurde eine vollständige Entfernung der Geschwulst durch den hohen Blasenschnitt vorgenommen, die sämtlich genasen.

A. Choroschilow: «Zur Frage über die Pathogenese der anfallsweise auftretenden Haemoglobinurie (durch Kälte)». (Nr. 47—49).

Die roten Blutkörperchen, welche in die Kapillargefässe eines abgekühlten Teiles des Körpers eintreten und demgemäss einer mehr oder weniger niedrigen Temperatur ausgesetzt werden, erleiden irgend welche pathologische Veränderungen, welche sich in vitro deutlich dadurch dokumentieren, dass die Blutkörperchen nach Gewinnung des Blutes ihr Haemoglobin in das Serum abgeben.

Wenn sie in den allgemeinen Blutstrom gelangen, so geben sie nicht ihr Haemoglobin an das Plasma ab und in den Nieren finden sie schliesslich die Bedingungen ihres endgültigen Zerfalles, und in Folge dessen tritt Haemoglobinurie ein. — Die paroxysmale Kältehaemoglobinurie beim Menschen unterscheidet sich wesentlich von der experimentellen Haemoglobinurie bei den Tieren, welche hervorgerufen wird durch Einführung von fertig aufgelöstem Haemoglobin, oder Einspritzung von Wasser, Glyzerin u. s. w. welche die roten Blutkörperchen auflösen. In letzteren Fällen tritt die Haemoglobinurie nach Anhäufung bedeutender Mengen von Haemoglobin im Plasma ein ($^1/_{60}$ allen Haemoglobins des Blutes); bei geringerem %-Gehalt wird es von den inneren Organen verarbeitet und erscheint nicht im Blut. Bei der paroxysmalen Haemoglobinurie handelt es sich dagegen um ganz etwas anderes: sichtbare Spuren von im Plasma aufgelösten Haemoglobin sind nicht nachzuweisen, wenngleich im Urin bedeutende Mengen desselben vorhanden sind. Augenscheinlich sind es die Nieren, welche einen sehr wesentlichen Anteil nehmen, sowohl an der Abspaltung des Haemoglobins vom Stroma der roten Blutkörperchen, als auch in der Entfernung desselben aus dem Körper. Die früheren Autoren nahmen als primäre Ursache eine Nierenerkrankung an, die nach Ch's Ansicht nur eine sekundäre ist; die Nieren entfernen eben aus dem Organismus einen fremden Körper, als welcher das Haemoglobin der untergegangenen roten Blutkörperchen anzusehen ist.

W. Gubert: «Methodische künstliche Ernährung der Brustkinder, besonders der unausgetragenen, mit Ziegen- und Kuhmilch in den Institutionen «Tropfen Milch»». (Nr. 47).

W. Korenshewski: «Zur Frage über die Pest im Fernen Osten». (Nr. 48).

Im Sommer vorigen Jahres wurde in einigen Ortschaften in der Nähe von Chailar (Mongolei) eine Pestepidemie beobachtet, der 11 Menschen zum Opfer fielen, Genesungen kamen nicht vor (Mortalität 100 pCt.). Zurückzuführen ist die Entstehung dieser Epidemie auf den Genuss eines gefallenen Arctomys bobax, aus dem sich ein Mongole seine Mittagsmahlzeit bereitet hatte.

S. Sowinski: «Zu den pathologisch-anatomischen Veränderungen bei gummöser Syphilis». (Nr. 48).

Kasuistischer Beitrag.

R. Wenglowski: «Die Behandlung der Leistenbrüche auf anatomischer Grundlage». (Nr. 49).

N. Petrow: «Pathologie der Knochen- und Gelenktuberkulose». (Nr. 49).

Antrittsvorlesung.

N. Broschniowski: «Gehirnabszess vom Ohre herrührend. Operation. Heilung». (Nr. 49).

Ein Soldat wurde am 19. April 1905 in bewusstlosem Zustande in das Petersburger Nikolai-Militärhospital gebracht. Nachdem er in der Nervenabteilung untersucht worden war, ohne dass eine genaue Diagnose gestellt werden konnte, wurde erst nach 7 Tagen der alte Krankenbogen nachgeschickt, aus dem zu ersehen war, dass er im März und Anfang April desselben Jahres in einem Hospital mit einer linksseitigen akuten Otitis gelegen hatte, wobei die Temperatur nur 3 mal auf 38° erhöht gewesen war, von Seiten des Warzenfortsatzes waren keine Symptome bemerkt worden. Der Ohrenausfluss hörte auf, die Perforation im Trommelfell vernarbte, und Patient klagte nur über hartnäckige Kopfschmerzen. Da der Verdacht auf einen Gehirnabszess nicht von der Hand gewiesen werden konnte, obgleich kein direkter objektiver Nachweis vorlag, so wurde am 10. Tage, nachdem der Patient das Bewusstsein verloren hatte, zur Operation geschritten. Das Antrum mastoideum wurde geöffnet, und nachdem schliesslich die mit der Hirnsubstanz verwachsene Hirnhaut freigelegt war, dieselbe auf 3 cent. gespalten und nach oben und nach vorne ein Einstich gemacht. Unter starkem Druck entleerten sich ca. 3 Esslöffel ziemlich dicken, gelben und geruchlosen Eiters. Die Durchmesser der Höhle waren: von vorne nach hinten 7, von unten nach oben 4 und in medialer Richtung 1 cent. Das Resultat war ein glänzendes, Patient erlangte am nächsten Tage das Bewusstsein wieder und war nach 12 Wochen vollständig geheilt.

A. Dwyshilni: «Der Einfluss des thierischen Organismus auf die Eigenschaft der Streptokokken. — Biochemische Eigenschaften». (Nr. 49, 50).

P. Philossofow: «Die Anwesenheit von Zylindern und Zylindroiden im normalen Harn». (Nr. 50).

Um festzustellen, welche Beziehungen zwischen Zylindrurie, hervorgerufen durch Einnahme reizender Stoffe und der physiologischen bestehen, stellte Ph. eine Reihe von Versuchen an sich und anderen Menschen an, die er vorher auf normale Zylindrurie geprüft hatte. Die Versuche bestanden in Einnahme von Pfeffer, Zwiebeln, russischem Senf, Alkohol und Terpentin während des Mittagsessens, der Urin wurde nach 5—10—15 Stunden untersucht.

Auf Grund seiner Untersuchungen und derer anderer Autoren kommt Ph. zur Ansicht, dass hyaline Zylinder und Zylindroide augenscheinlich denselben Ursprung haben, und wenn die Zahl der hyalinen Zylinder sehr vermehrt ist, so erlangen sie pathologische Bedeutung. Ausser den bekannten Reaktionen, die beide geben, ist noch charakteristisch ihre Löslichkeit in Alkohol nach der Färbung mit Lugol'scher Lösung. Bei sorgsamer Anwendung genauer Untersuchungsmethoden kann man Zylinder auch im Urin ganz gesunder Menschen finden. Die Absonderung derselben in beschränktem Masse und bestimmter Form ist augenscheinlich ein physiologischer Vorgang, der parallel geht der Ausscheidung abgestossener Epithelien und der weissen Blutkörperchen. Die deutliche Vermehrung verschiedener Arten Zylinder und zelliger Elemente nach Einnahme geringer Mengen reizender Stoffe ist eher als eine Verstärkung physiologischer Erscheinungen, wie als eine Entwicklung eines pathologischen Prozesses aufzufassen. Zur Diagnose eines Nierenleidens dient die Entdeckung von Zylindern nur als adjuvans, wobei ihre Menge und Beschaffenheit in Betracht zu ziehen ist. Die Bildung von Zylindern ist eine zweckmässige Einrichtung der Natur, dank welcher die abgestorbenen Epithelmassen in einen

plastischen Körper verwandelt werden, welcher durch den Urin leicht durch alle Verengerungen und Biegungen der Harnkanälchen durchgetrieben wird.

P. Wreden: «Aus den Beobachtungen eines Chirurgen im russisch japanischen Kriege». (Nr. 50).

N. Tschigaew: «Hygiene der Kranken mit Lungenschwindsucht». (Nr. 50).

Enthält nichts Neues.

Th. Rybakow: «Geistesstörungen in Verbindung mit politischen Ereignissen. (Aus der psychiatrischen Klinik in Moskau)». (Nr. 51).

Im Verlauf von 12 Jahren hat R. noch kein einziges Mal in so kurzer Zeit einen solchen Andrang von paranoialen Formen der Geistesstörungen gesehen. Dieser Umstand ruft natürlich den Gedanken wach, dass die politischen Verhältnisse aus irgend einer Ursache besonders stark zur Erkrankung an dieser Form disponieren; der Grund hierfür liegt möglicherweise in den Besonderheiten der psychischen Wunde, im Verein mit den Unruhen und Aufregungen der herrschenden politischen Vorgänge, die die Elemente eines Kampfes in sich schliessen, und mit ihr die Uebermacht, Knechtung und Verfolgung. Sogar Geistesstörungen, die nicht zur paranoialen Form gehören, nahmen den deutlich ausgesprocnenen Charakter einer solchen an.

N. Klodnitzki: «Ueber die Pestepidemie in den Dshalainorshischen Werken der Ostchinesischen Bahn». (Nr. 51).

G. Sacharow: «Ueber den Einfluss wiederholter Einspritzungen von Serum und aktiv immunisierender Gegenstände auf den Gehalt des Blutes an Immunkörpern». (Nr. 52).

Th. Shulebin: «Die Einwirkung Alypins auf das Auge». (Nr. 52).

1 pCt. und 3 pCt. Lösungen wurden vielfach bei folgenden Operationen verwandt: bei Tättowierung, bei der Snellen'schen Operation, Chalazion, Schielen, Iridektomie und Katarakten. Besonders die 3 pCt.-Lösung giebt eine, auch in bezug auf die Dauer, genügend tiefe Anaesthesie, die Blutung war eine unbedeutende und der Verlauf nach der Operation ein durchaus normaler.

S. Jakobson: «Ueber den Einfluss von praeservativen Typhuseinspritzungen auf dem Kriegsschauplatze». (Nr. 52).

Während einer starken Typhusepidemie, die im Juli 1905 unter der Garnison in Girin herrschte, machte J. sich und zwei anderen, einem Offizier und Sanitär, subkutane Einspritzungen von Typhusserum, und zwar zuerst ¹/₂ Pravaz'sche Spritze und nach 8 Tagen eine volle. Die Erscheinungen bestanden in starkem Schmerz an der Einstichsstelle, welcher besonders in der Nacht lästig war und ein Liegen auf dem Rücken unmöglich machte, geringe Temperatursteigerungen bis 38°, Schwindel und Müdigkeit. Darauf schwanden alle Symptome, nur der Schmerz hielt sich einige Zeit.

Trotzdem alle drei beständig mit Typhuskranken zu tun hatten, so erkrankte doch Niemand von ihnen.

1906, Nr. 1—15.

W. Moltschanow: «Zur Frage über die operative Behandlung der diphtheritischen Verengerungen des Kehlkopfs bei Brustkindern». (Nr. 1).

In der Kinderklinik zu Moskau, in der Verf. seine Beobachtungen anstellte, beginnt die operative Therapie des Krup mit der Intubation; die Tracheotomie ist primär noch nie angewandt worden. Während 10 Jahre (1895—1904 incl.) traten in die Klinik ein mit diphtheritischer Verengerung des Kehlkopfs 308 Patienten, von welchen 239 genasen und 69 starben, d. h. 22,4 pCt. Ohne jeglichen therapeutischen Eingriff wurden gesund 107, d. h. 34,7 pCt. von der allgemeinen Zahl der Diphtheritischen. Die Intubation wurde an 193 ausgeführt, von denen 132 die Klinik gesund verliessen und 61 starben, d. h. 31,6 pCt. — Im Alter bis zu 1 Jahre wurden 21 Kinder intubiert, von ihnen genasen 10 und starben 11—52,4 pCt. Wenn man in die Zahl der Gestorbenen diejenigen einschliesst, welche in der Klinik weniger als 24 Stunden lagen, — solcher sind 5 verzeichnet, so fällt die Sterblichkeit auf 28,5 pCt. — Jedem Kranken wurde beim Eintritt eine Einspritzung von Serum 2—3 tausend Einheiten gemacht, und vor Ablauf der ersten 24 Stunden wurde die Injektion wiederholt.

N. Pereschiwkin: «Ueber Peripleuritis». (Nr. 1).

In 2 Fällen bestand eine primäre Erkrankung der Lungenspitzen, zu welcher sich, nach Verlauf einiger Zeit Eiterherde in der Dicke der Brustwand hinzugesellten. Leider wurde der Eiter nicht untersucht, er erinnerte aber sehr an tuberkulösen Zerfall, besonders in einem dritten Falle. Hier konnte die Frage aufgeworfen werden, ob nicht am Ende ein früher existierendes Exsudat die Peripleuritis hervorrufen konnte. Dagegen sprach der Umstand, dass derselbe auf den untersten Pleuraabschnitt beschränkt blieb, ferner bestand es schon 1 Jahr und schliesslich stand es nicht in Verbindung mit dem Eiterherde. Der Periost war vollständig intakt, so dass auch andere Krankheiten auszuschliessen waren. Die Eiterherde entstanden im Interkostalraume, und ihrer Anordnung nach war es anzunehmen, dass sie in den Lymphdrüsen entstanden waren.

H. Magakian: «Zur Frage über die epidemische Cerebrospinalmeningitis». (Nr. 1).

Beschreibung von 8 Fällen, bei welchen M. die Quinke'sche Lumbalpunktion ausgeführt hat. Der Erfolg war ein durchaus günstiger und befriedigender, so dass diese Behandlung sehr zu empfehlen ist; die quälenden Anfälle werden vermindert, da mit der Flüssigkeit zugleich eine Menge infektiöser Stoffe aus dem Organismus ausgeschieden werden.

P. Bereskin: «Ein sehr einfacher Apparat zur Erlangung von Sauerstoff (System George Saubert)». (Nr. 1).

J. Georgiewski: «Ein Fall von seltener Lage vom Nervus medianus zur Art. brachialis». (Nr. 2).

Der Nerv. medianus kreuzte sich in diesem Falle überhaupt nicht mit der Art. brachial., sondern nur mit ihrem Endaste, der Art. radial. Die laterale Verlagerung des Nerven war nicht nur auffallend im Oberarme, sondern auch noch weiter nach unten, wo er so radial verlief, dass er sich noch auf einige Entfernung in nächster Nachbarschaft des Art. radialis befand.

N. Spassokukozki: «Ein Fall von bedeutender Resektion des Dünndarmes». (Nr. 2).

Der 20-jährige Patient litt an einer enormen Skrotalhernie (rechtseit.) Er erkrankte akut an Einklemmungssymptomen, und der Bruch war nicht zu reponieren. Bei der Operation zeigte es sich, dass die Gedärme sich bei der Bruchpforte um die Mesenterialaxe gedreht hatte, wodurch eine ausgedehnte Nekrose zu stande gekommen war. Es wurde im Ganzen ein Stück Dünndarm von 318 Cent. Länge reseziert. Am 36. Tage war die Wunde zugeheilt, bis auf eine kleine Fistel, die aber den Patienten nicht hinderte aufzustehen. Nach etwa 3 Monaten war auch diese verheilt, und trotzdem Patient gleich auf die gewohnte Kost des russischen Arbeiters überging, so litt er doch nicht an Verdauungsstörungen. Sein Gewicht nahm um 8 Pfund zu.

W. Klimenko: «Zur Aetiologie des Paratyphus. Das paratyphöse Stäbchen B des Hundes und seine Beziehung zum Stäbchen des Abdominaltyphus». (Nr. 2).

Das von K. aus dem Blute eines Hundes gewonnene Stäbchen gleicht mehr dem paratyphösen Stäbchen B als dem Gaertner'schen, in Folge dessen rechnet K. es auch zu einer Nebengruppe des letzteren. Da es bis jetzt beim Hunde noch nicht gefunden ist bezeichnet K. es, um zugleich seine Herkunft anzudeuten «Bacillus paratyphosus B. e cane».

Die Gewinnung dieses Stäbchens aus einem gesunden Hunde ist natürlich von grösster Bedeutung, da der Hund durch das enge Zusammenleben mit dem Menschen ihn leicht anstecken und den Boden mit seinen Excrementen infizieren kann. Dadurch sind wohl das sporadische Auftreten des Paratyphus und vielleicht sogar ganze Epidemieen zu erklären.

Der Bazillus besitzt eine grosse Lebensfähigkeit, in Milch gezüchtet, war er noch nach 1 Jahr und 4 Monaten virulent, eine peptonisierende Wirkung der Milch kommt ihm nicht zu.

W. Woiatschek: «Der gegenwärtige Stand der Untersuchung des Gehörs durch die Rede». (Nr. 2).

Th. Rybakow: «Geisteskrankheiten in Folge der gegenwärtigen politischen Ereignisse». (Nr. 3)

W. Danschakow: «Ueber die Bedeutung der Plasmazellen in der Speicheldrüse des Kaninchens». (Nr. 3).

A. Leschtschinsky: «Ein Fall von Ansammlung von milchartiger Flüssigkeit (chylöser) in der Bauch- und Brusthöhle». (Nr. 3).

Dieser Fall, einen 57-jährigen Mann betreffend, ist der erste in der russischen Literatur publizierte, in welchem der chylöse Erguss durch eine Neubildung hervorgerufen wurde. Aus der Bauchhöhle wurden in 4 Malen 35000 Cbcm., aus der Brusthöhle — 1500 Cbcm., im Ganzen 36½ Liter abgelassen. Wenn man dazu noch 7½ Liter rechnet, die bei der Sektion in der Bauchhöhle gefunden wurden, so sind es im Ganzen 44 Liter. Diese enorme Menge Chylus verlor der Patient im Verlauf von 6 Wochen. Die Bauchspeicheldrüse war karzinomatös entartet und Metastasen in den retroperitonealen Lymphdrüsen anzutreffen, der Ductus thoracicus war verengt.

Interessant ist der vorliegende Fall auch in der Beziehung, dass bei 3 Analysen kein Zucker, in der 4. aber nur Spuren desselben gefunden wurden.

E. Beck: «Zur Frage über die Osteoarthritis deformans endemica im Transkaspischen Gebiete». (Nr. 3).

(Vorläufige Mitteilungen).

L. von Lingen: «Ueber die Beziehungen zwischen Uterusfibrom und Herz». (Nr. 3).

Erschienen in der «Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie». Bd. LVI.

N. Tischutkin: «Beschreibung eines Apparates für gleichzeitige Bearbeitung zahlreicher mikroskopischer Schnitte und Anwendung derselben für die Bearbeitung kleiner histiologischer Objekte (Eier, Foetus etc.)». (Nr. 4).

B. Klein: «Zur Frage über die Immunisation gegen Dysenterie». (Nr. 4).

N. Anitschkow: «Zur Frage über die Rolle der thermophylen Bakterien im Darme des Menschen». (Nr. 4).

N. Krawkow: «Zur Frage über die Anwendung von Magnesiasalzen für die Anaestesie». (Nr. 5).

Ein näheres Eingehen auf die Arbeit von Meltzer in der Berlin. klinischen Wochenschrift 1906, Nr. 3.

L. Lewin: «Ein Fall von ungewöhnlich reichlichem Ausfluss der Gehirn- und Rückenmarksflüssigkeit aus dem äusseren Gehörgang bei intaktem Trommelfell». (Nr. 5).

Nach einem starken Fall auf das linke Ohr begann aus dem äusseren Gehörgang der 14-jährigen Patientin sich eine klare, durchsichtige Flüssigkeit zu entleeren, in ganz ungeheurer Menge. Die Krankheit dauerte 3 Wochen, wobei die grösste Flüssigkeitsmenge (gegen 2 Liter in 24 Stunden) am Ende der 2. und Anfang der 3. Woche ausgeschieden wurde. Auf Grund genauer Untersuchung kommt L. zum Schluss, dass hier eine Schädelfraktur vorlag und zwar an der Stelle, wo die Cerebrospinalflüssigkeit direkt in den Gehörgang eintreten kann, nämlich nur des Teiles der Schädelbasis, welche die obere Wand des äusseren Gehörganges bildet, letztzeren von der mittleren Schädelgrube abschliessend.

Sehr lehrreich ist auch das indifferente Verhalten des jungen Organismus zu solch einem gewaltigen Verlust von Cerebrospinalflüssigkeit: weder von Seiten des Gehirns oder des Nervensystems noch von Seiten des Stoffwechsels war eine Abweichung von der Norm zu konstatieren.

W. Orlowsky: «Chlorbaryum als Herzmittel». (Nr. 6—9).

Die Resultate der experimentellen Untersuchungen an Tieren mit den Ergebnissen der Beobachtungen am Krankenbett zeigen, dass die Hauptwirkung des Baryums auf die Gefässe und nicht auf das Herz stattfindet. Die experimentellen Untersuchungen bestätigten noch das, was auf Grund der klinischen Beobachtungen schwierig festzustellen war, dass das Baryum paralysierend auf die Herzmuskulatur einwirkt. Daher erklären sich die schlechten Resultate in einigen Fällen von Myokarditis. In Verbindung damit, wie auch mit der verengernden Wirkung auf die Herzvenen stehen wohl die häufigen Anfälle von Angina pectoris, welche bei einzelnen Kranken während der Einnahme des Baryums beobachtet werden.

J. Georgiewsky: «2 Fälle von bedeutender Kommunikation der Art. radialis und Arter. mediana durch Arterien». (Nr. 6).

A. Siwert: «Zur Frage über die Bedeutung der rechten Grenze des Magens bei Verringerung seiner austreibenden Fähigkeiten». (Nr. 6).

Auf Grund seiner Untersuchungen befürwortet S. besonders die Bestimmung der rechten Magengrenze, die häufig, — besonders bei Magenerweiterung, — sogar wichtiger ist, als die untere; durch dieselbe kann sogar das Anfangsstadium dieser Krankheit diagnostiziert werden, da die untere Grenze sich noch auf der normalen Stelle befindet. Der Magen soll aufgebläht werden, aber nicht zu stark, da man sonst leicht falsche Resultate erlangen kann.

K. Konik: «Zur Kasuistik der Talma'schen Operation».

Im evangelischen Hospital in Odessa sind 6 Fälle nach Talma bei Wassersucht durch Lebererkrankungen operiert worden. Bald nach der Operation starben 2; die übrigen 4 waren in schlechtem Ernährungszustande und mit schwacher Herztätigkeit, die nach der Operation noch zunahm. Die Kranken starben alle ausserhalb des Hospitals bald nach dem Verlassen desselben, so dass keine Sektion ausgeführt ist. K. gewann den Eindruck, als wenn durch die Operation das Leben abgekürzt worden sei. Nur in einem Falle war eine zeitweilige Besserung zu verzeichnen und der Patient überstand die Operation gut, was seinem verhältnissmässig guten Ernährungszustande zuzuschreiben war. Eine antiluetische Behandlung, die vorher eingeleitet war, mag auf den späteren Verlauf auch nicht ohne Einfluss geblieben sein. Zu einer Operation soll man überhaupt nur ganz am Anfangsstadium der Lebercirrhose schreiten, wodurch die Resultate besser und die Sterblichkeit geringer sein wird.

N. Maskalew: «Experimentelle Untersuchung eines kasuistischen Falles zur Entscheidung der Frage: lag Todschlag oder Selbstmord vor». (Nr. 6).

J. Selenkowsky: «Zur Frage über die Anwendung der Bequerel'schen Strahlen (Radium) bei Behandlung der Augenkrankheiten. Behandlung des Trachoms (Körner-Stadium)». (Nr. 7—9).

Die Bestrahlung mit maximum 10 Mllgr. Radium ist für die Schleimhaut der umgedrehten Lider bei 10 Min. Dauer und Seancen mit 2—3-tägiger Unterbrechung absolut ungefährlich. Das Radium ist ein sicherwirkendes Mittel bei frischem Trachom ohne starke Entzündungserscheinungen; die Körner verschwinden ohne Narben oder andere pathologische Veränderungen in der Schleimhaut zu hinterlassen und ohne Rezidive zu geben; aber auch in der Narbenperiode scheinen die Strahlen von guter Wirkung zu sein und stehen den üblichen Behandlungsmethoden nicht nach. Den ersten Erfolg bemerkt man nach 2—4 Seancen (4—8 Tagen).

B. Slowzow: Ueber eigentümliches Eiweiss, welches dazwischen im normalen Urin anzutreffen ist». (Nr. 7).

Hier handelt es sich um Samenflüssigkeit, welche zuweilen dem Urin beigemengt ist. Die Sulfosalicylsäure giebt in solchen Fällen einen Niederschlag, welcher in der Kälte ausfällt und beim Erwärmen sich auflösst.

K. Iwanow: «Ueber die Einwirkung der Salze des Nickels, Kobalts und Kupfers auf das isolierte Herz». (Nr. 7).

M. Milmann: «Ueber die Mikroben der Syphilis». (Nr. 7).

Rybakow: «Geisteskrankheiten in Verbindung mit den letzten politischen Ereignissen». (Nr. 8).

N. Skliar: «Einfluss der gegenwärtigen politischen Ereignisse auf Geisteskrankheiten». (Nr. 8).

M. Kusnezow: «Ueber Volvulus der Flexura sigmoidea, hervorgerufen durch narbige Mesenterialschrumpfung». (Nr. 9—11).

Im Verlauf von 3½ Jahren sind in der Warschauer Universitätsklinik 5 Fälle von Volvulus des S. romanum beobachtet worden. 3 derselben hat K. operiert und beschreibt sie ausführlich; 2 von ihnen waren Männer, 1 — eine Frau, alles ältere Menschen. In 2 Fällen bestand eine Drehung des S. rom. um das narbig veränderte Peritoneum um 270°, im 3. Falle um 180°. Alle Kranke litten früher an Verstopfung, und bei einem bestand 1 mal Stuhlverhaltung und gingen keine Winde ab im Verlauf von 3 Tagen, nach Einnahme eines Abführmittels; beim anderen beobachtete man diese Symptome sogar einige mal.

Bei allen Patienten war ein plötzlicher Beginn der Erkrankung zu konstatieren, mit wehenartigen Schmerzen und

Koliken; in einem Falle nach einem opulenten Mittagsessen. Erbrechen wurde garnicht beobachtet, wohl aber Uebelkeit und Aufstossen schlecht riechender Gase.

Th. Janowsky: «Neue Wege in der Lehre und Erkenntniss der inneren Krankheiten». (Nr. 10).

P. Broschniowski: «Zur Frage über otitische Pyaemie ohne Sinusphlebitis». (Nr. 10).

J. Tarchanow: «Die Bedeutung der sauren Milch Prof. J. Metschnikow's für die Gesundheit und im Kampfe mit verschiedenen Krankheiten». (Nr. 11).

J. Jakuba: «Der primäre Scheidenkrebs und seine Behandlung». (Nr. 11).

Die beiden hier angeführten Fälle sind typische Beispiele für den primären Scheidenkrebs und betreffen Frauen von 44 und 57 Jahren, von denen nur die eine ein mal geboren hat. Die Neubildung entstand auf der hinteren Scheidenwand und war ihrer histiologischen Struktur nach ein Platterepitelkrebs.

Als Methode ist am meisten zu empfehlen der perineale Weg zur Exstirpation der Scheide, — entweder allein oder zusammen mit dem Uterus.

D. Popow: «Primäre Tuberkulose der Gebärmutter». (Nr. 12—13).

Bei der 39-jährigen Patientin handelte es sich vornehmlich um eine tuberkulöse Affektion des Zwischendrüsengewebes der Schleimhaut der Cervix und des Uterus, welche in der Folge Veränderung in den Drüsen selbst hervorriefen, wenngleich der tuberkulöse Prozess stellenweise auch auf die Muskelsubstanz der Uterus hinübergriff. Besonders in der Cervikalschleimhaut war Zerfall zu finden, während derselbe im Uterus sehr selten war und nur auf älteren Stellen. Die Diagnose stützte sich hauptsächlich auf Anwesenheit von Riesenzellen und Koch'schen Bazillen. Es wurde eine vaginale Uterusexstirpation ausgeführt und die Kranke verliess nach 18 Tagen geheilt das Hospital.

W. Tomaschewski: «Zur Frage über die Behandlung der akuten infektiösen chirurgischen Erkrankungen mit Stauunghyperaemie». (Nr. 12).

T. wandte diese Behandlungsmethode an bei 22 Fällen von Furunkeln, 2 Karbunkeln, 14 eitrigen und anderen Formen von Lymphadenitis, 15 Phlegmonen, 5 Mastitiden, 5 Panaritien, 1 Fall von Wunde der Oberlippe und 1 Fistel nach Schussverletzung eines Fingers. Die Resultate waren durchaus günstige.

G. Lübenezki und L. Fofanow: «Zur Lehre über die Neubildungen und Cysten des Pankreas nebst einer Beschreibung, 2 Fälle von intra vitam diagnostizierten und durch die Sektion bestätigtem Krebs des Pankreas». (Nr. 12 und 13).

Der eine Patient, ein 40-jähriger Mann, lag nur 12 Tage in der Klinik der Kasanschen Universität; es wurde die Diagnose auf «bösartige Neubildung des Pankreas» gestellt. Die Sektion ergab einen primären Krebs derselben mit Metastasen im Magen, Duodenum, Kolon transversum und Netz.

Der andere Patient war 32 Jahre alt, die im oberen Teil des Leibes durchzufühlende Geschwulst hatte die Grösse einer Arbuse. Auf Grund der genauen klinischen Beobachtung wurde eine Cyste des Pankreas nebst Karzinom desselben angenommen. Der Kranke wurde operiert, doch trat eine Besserung nicht ein und er starb nach 9 Tagen. Die Sektion bestätigte die bei Lebzeiten gestellte Diagnose.

A. Braunstein: «Die Bedeutung der Blastomyzeten bei der Entstehung bösartiger Geschwülste». (Nr. 13).

Th. Rybakow: «Alkoholismus und Erblichkeit». (Nr. 13).

S. Suchanow: «Das pathologische Räsonieren und räsonierende Psychosen». (Nr. 14).

G. Baradulin: «Zur Kasuistik der typhösen Strumitis». (Nr. 14).

In dem beschriebenen Falle, einen 36-jährigen Mann betreffend, bestand ein Kropf, der rechts von Kindskopfgrösse, links von Hühnereigrösse war. In der rechten Geschwulst bildete sich im Verlaufe der Krankheit ein Abszess, aus dem sich nach Inzision 1/2 Glas Eiter entleerte. In demselben waren Typhusbazillen in Reinkultur nachzuweisen.

L. Bertenson: «Ueber russische Buddisten und die sog. tibethanische Medizin». (Nr. 14).

S. Simnizki: «Zur Charakteristik der Bakterienenzyme und ihres Einflusses auf die Autolyse». (Nr. 15).

W. Kraiuschkin: «Zur Frage über die Diagnose der Hundswut auf Grund des Befundes der Negri'schen Körperchen». (Nr. 15).

K. suchte die Negri'schen Körperchen in 3 Fällen von Tollwut bei Menschen und ausserdem noch in einem Falle von Tabes bei einem alten Manne, in einem Falle von Herzfehler und Abdominaltyphus. Bei allen 3 an Tollwut erkrankten waren dieselben zu finden, bei den anderen nicht.

B. Agafonow: «2 Fälle von Sectio caesarea». (Nr. 15).

Im ersten Falle handelte es sich um eine 30-jährige Erstgebärende mit allgemeinverengten platten Becken, Conjung. diagon. 8 Cent., und im zweiten Falle um Schwangerschaft im 9. Monat, kompliziert mit Karzinom des Uterus, der Parametrien und des Kolon. Die Kinder blieben am Leben, die Mütter genasen vollständig von der Operation.

J. Seldowitsch: «Zur chirurgischen Technik bei Abszessen der Leber». (Nr. 15).

S. operierte einen enormen Leberabszess, in dem er die abgrenzende Tamponade anwandte und damit ein sehr gutes Resultat erzielte. Am 8. Tage wurden zum ersten male die Tampons gewechselt. Der Kranke genas.

J. Kaplan: «Traumatische Hemiplegie mit Affektion des oberen Zweiges des Gesichtsnerven».

N. Skliar: «Nochmals über den Einfluss der gegenwärtigen politischen Ereignisse auf die Geisteskrankheiten».

Fr. Mühlen.

Wratschebnaja Gaseta. (Aerzte-Zeitung). 1905. Nr. 1—15.

M. Arinkin: «Zur Frage über die morphologischen Veränderungen des Blutes bei Ikterus». (Nr. 1, 2).

Aus 10 Beobachtungen ergeben sich folgende Schlüsse:

Leukozytose beobachtete Verf. in allen Fällen d. h., bei Angiocholitis, Echinokokkus der Leber und luetischer Cyrrhose und katarrh. Ikterus. Hauptsächlich bestand eine Vermehrung der polynukleären und Veränderung der Lymphozyten. Bisweilen fanden sich auch eine geringe Anzahl Myelozyten, aber nicht bei katarrhalischem Ikterus und hypertroph. Leberzirrhose.

I. Skworzow: «Konstitution, Temperament und Charakter des Menschen (Fortsetzung IV in Heft Nr. 1, sodann Nr. 2 und 3).

Polemik und Besprechung eines Buches unter gleichem Titel von Wirenius.

A. Baron: «Diabetes suprarenalis». (Nr. 1).

Experimentelle Studie.

Es handelt sich um eine vorläufige Mitteilung über Versuche an Meerschweinchen, Hasen, Hunden, Mäusen etc., wobei sich als wichtigste Ergebnisse folgendes ergab:

1) Bei subkutaner Einführung von Nebennierenpräparaten in den Organismus erscheint immer Glykosurie.

2) Die Glykosurie ist begleitet von Glykaemie und Vermehrung der Leukozyten.

3) Ein Extrakt aus Nebennieren der Tiere, bei denen vorher Glykosurie durch Injektion von Nebennierenpräparaten hervorgerufen worden war, ist unwirksam.

4) Einführung per os ist unwirksam.

W. Konstantinowitsch: «Zur Frage des Fettgehaltes des Fruchtwassers». (Nr. 2 und 3).

Verf. fand bei 12 Untersuchungen, dass der Fettgehalt des Fruchtwassers im Durchschnitt 0,25 pCt. beträgt.

S. Segal: «Ein Fall von Neuroretinitis luetica». (Nr. 3).

Hereditäre Lues; durch antiluetische Kur Heilung mit Seeschärfe l. 0,5, r. 0,7.

J. Snegirew: «Zur Frage über die Einteilung der Schmerzempfindung». (Nr. 4, 5, 6).

G. Wlajew: «Zur Frage über die Aetiologie des Enteritis und Colitis ulcerosa und deren Behandlung», (Nr. 3, 4, 5).

Auf Grund mehrerer von ihm beobachteter Krankheitsfälle kommt Verf. zu folg. Schlüssen: 1) Die mikroskopische Untersuchung des Falles aller an Darmkatarrhen leidenden Patienten ist auszuführen. 2) Amoeba, Trichomon. intestinalis und Balantida coli können chronische Darmkatarrhe hervorrufen, die schliesslich in ulzeröse Colit. übergehen können. 3) Die Parasiten nisten sich vorwiegend in den Falten des Dickdarmes ein, am häufigsten im Coecum und Rektum. 4) Bei rechtzeitiger Diagnose und Therapie lassen sie sich zum Schwinden bringen und lässt sich auch in schweren Fällen der bedrohte Organismus retten. 5) Quelle der Infektion ist der Genuss rohen besond. stehenden Wasser's. 6) Argent. nitr. hat sich bei der Therapie gut bewährt. 7) Trichomon. intest., Amoeba coli et Balontid. coli können sich gemeinschaftlich vorfinden bei ein und demselben Kranken. 8) Um Uebertragung zu vermeiden müssen die Ausleerungen der Kranken, die Wäsche etc. sorgfältig desinfiziert werden.

H. Zjablow: «Ein Fall von Verschluckung eines Nagels». (Nr. 4).

4-jähriges Kind verschluckte einen Hufnagel, der am vierten Tage danach per vias naturales ausgeschieden wurde, ohne dass das Kind die ganze Zeit über Beschwerden oder grössere Schmerzen geklagt hatte. Länge des Nagels 5,5 Cm. Kopf 1,0 Cm. im Durchmesser.

L. Leibfreud: «Zur Kasuistik der Aneurysmen des linken Sinus Valsalvae». (Nr. 5).

Leicht Verwechselungen in vivo mit Aneurysmen der Aorta ascendens möglich, wie auch in vorliegendem Falle erfolgt.

H. Turner: «Die Behandlung nicht komplizierter Frakturen». (Nr. 5).

Verf. befürwortet den Gypsverband auch bei Beinbrüchen (im Gegensatz zur Extension) und warnt vor zu frühzeitiger Abnahme des Verbandes zwecks Massage d. h. vor erfolgter Konsolidation des Knochens.

W. Schilinsky: «Ueber die Wirkung des Strychnins auf das isolierte Warmblüterherz». (Nr. 7).

Unter dem Einfluss des Strychnins sinkt die Höhe der Pulswelle; die Zahl der Herzkonzentrationen bleibt fast unverändert, Str. hat also eine anregende Wirkung auf die Herztätigkeit.

J. Schwetz: «Ein Fall von maligner gallopierender Syphilis».

49-jährige Patientin, Potatorin, geht in 8 Monaten nach der Infektion mit Lues unter Erscheinungen allgemeiner Schwäche und verschiedenen Lähmungserscheinungen zu Grunde, ohne dass die Obduktion irgendwelche lokale Herde in Gehirn oder anderen Organen ergiebt. Pat. hatte sich einer regelrechten Behandlung entzogen.

L. Einis: «Die Kasuistik der reflektorischen Erkrankungen in Folge von Nasen-, Ohren- und Rachenleiden». (Nr. 7).

Epileptoide Anfälle in Folge Cerumenpfröpfen in den Ohren bei 50-jährig. Manne; Asthmaanfälle in Folge Nasenpolyp's; Trigeminusneuralgie geheilt durch Entfernung eines Nasenpolypen; chorcatische Erscheinungen bei 11-j. Mädchen geheilt durch Entfernung der vergrösserten Mandeln; lang dauernder Husten bei 5-j. Knaben schwindet sofort nach Entfernung adenoider Wucherungen.

R. Weinberg: «Zur Frage über sog. Duplikation der Hirnwindungen beim Menschen». (Nr. 8).

I. Ignatowsky: «Zur Kasuistik der penetrierenden Bauchwunden mit Vorfall der Eingeweide und Verletzung derselben». (Nr. 8).

Tritt für sofortige vollständige Vernähung ohne Tamponade der Wunden ein auf Grund mehrerer erfolgreicher Fälle. Besondere Sorgfalt ist der Reinigung der vorgefallenen Teile zu widmen.

I. Guslitzer: «Ein Fall von Drillingsgeburt». (Nr. 8).

N. Petrow: «Ueber Hämaturie». (Nr. 9).

Antrittsvorlesung.

B. Rittermann: «Neuere Ergebnisse über die Aetiologie der Sommerdiarrhoeen bei Kindern». (Nr. 10, 11).

Da die meisten Untersuchungen bei Sommerdiarrhöen der Kinder Dysenteriebazillen in den meisten Fällen nachgewiesen haben und die Agglutinationsprobe gleichfalls positive Resultate ergeben hat, so ist als Ursache dieser Diarrhoeen des Dysenteriebazillus anzunehmen. Ob die einzige Ursache — ist noch eine zu lösende Frage. In der Therapie empfiehlt es sich Versuche mit Serum zu machen.

A. Woloschin: «Zur Kasuistik der Lungensteine». (Nr. 10).

Als Ursache einer Lungengangrän der linken seite in der Axillargegend bei 25-jährigem Matrosen ergab die Sektion ein Kalk-Konkrement von 1,2 Cm. Grösse.

W. Borissowski: «Pharmakologische Natur des Pesttoxines beim Menschen». (Nr. 10).

Weist auf die Uebereinstimmung des klinischen Krankheitsbildes bei der Pest und bei der Utropinvergiftung hin, Erweiterung der Pupillen, Schwindel und Kopfschmerzen, Trockenheit im Mund und Rachen, Harnverhaltung etc.

I. Georgiewsky: «Ueber den Durchgang des ramus dorsalis Art. radialis durch das zweite Spatium interosseum und die anormale Entwickelung der Art. metacarp. dors. secunda». (Nr. 11).

Weist auf die Bedeutung der Anomalie bei Operationen hin; sie ist nicht so ganz selten, wie Autor an der Hand von zwei Fällen an der Leiche zeigt.

P. Wachs: «Die neuesten Erfolge in der Diagnostik». (Nr. 11, 12, 13).

S. Slatogorow: «Ueber die Anwendung der Streptokokkenvaccine bei Scharlach». (Nr. 12).

Die Versuche werden mit der Anti-Streptokokkenvaccine Gabritschewski's in Moskau ausgeführt. Die Impfungen erwiesen sich als vollkommen ungefährlich und wenn auch ein ab schliessendes Urteil nicht unmöglich ist, so hat Autor den Eindruck, dass 2. Vaccination einen Schutz gegen den Scharlach gewährt. In jedem Falle bewirkt schon einmalige Impfung einen leichteren Verlauf des Scharlachfalles selbst und besonders seiner Komplikationen.

A. Schtscherbakow: «Beobachtungen über Influenza». (Nr. 12).

W. Geinatz: «Luxatio des nervus ulnaris». (Nr. 13, 14).

Bedeutend häufiger, als im Allgemeinen bekannt. Luxation bei etwa 2,48 pCt., Subluxation sogar bei 11,9 pCt. aller Untersuchten. Die Pat. haben meist keine Ahnung vom Leiden, da die Erscheinungen sie kaum beunruhigen, es besteht nur eine leichte Verletzbarkeit des nerv. uln. am Ellenbogen. In schweren Fällen Schmerzen, Parasthesieen und Anästhesie der vom Uln. versorgten Muskeln. Die Luxation ist meist angeboren, selten traumat. Ursprungs. Einzige erfolgreiche Therapie — die operative.

L. Wolpjan: «Osmotischer Druck und elektrische Leitungsfähigkeit der Kemmernschen Quellen und Moorbäder». (Nr. 13, 14, 15).

N. Gorizontow: «Zur Frage über die primäre karzinomatöse Entartung der ovarialen Dermoidzysten». (Nr. 14, 15).

Jedes Dermoid ist zu entfernen um so dem Entstehen karzinomatöser Entartung vorzubeugen.

W. Schiele.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenh. Pr. №15.

Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften.

№ 8. Beilage zur „St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift". 1906.

RUSSISCHE MEDIZINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Chirurgija (Chirurgie).
Detskaja Medizina (Kinderheilkunde).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Odontologitscheskoje obosrenje (Odontologische Rundschau).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Pharmazewt (Pharmazeut).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i weneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt).
Ssowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Ssowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski Shurnal. (Militär-Medizinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).

Russki Shurnal koshnych i weneritscheskich bolesnei. (Journal für Haut- und Geschlechtskrankheiten). 1905. Nr. 6—12.

W. Terebinski: «Ein Fall von multiplem Sarkom, das sich aus einer primären Hautgeschwulst entwickelte».

Arsenik erwies sich als vollkommen wirkungslos.

J. Miropolski. «3 Fälle von extragenitaler Syphilis-Infektion».

Der erste Fall betraf eine Sklerose der Tonsille bei einem 32-jährigen Koch, bei dem 2. handelte es sich um einen Schanker der Oberlippe und beim 3. sass der Primäraffekt an einem Nasenloch.

N. Djatschkow: «Drei Fälle von extragenitalen harten Schankern».

In einem Falle im Gesicht, im 2. auf dem Bauch und im 3. am Finger.

P. Lomowizky: Ein Fall von Primärsklerose an der Oberlippe».

N. Markow: «Ein seltener Fall von extragenitaler Syphilisinfektion».

Der Primäraffekt auf dem Pektoralis maj.

E. Rotmann: «Extragenitaler Schanker auf dem Penis».

Der Fall betraf einen Arzt, der sich wohl durch ein direkt aus dem Magazin genommenes Hemd infiziert hatte.

I. Dedjurin: «Ein Fall von Tendovaginitis gonorrhoica multiplex».

W. Kudisch: «Xeroderma pigmentosum Kaposi».

Mitteilung eines Falles bei einem 8-jährigen Patienten; die Krankheit hatte im 2. Lebensjahre begonnen

S. Ssowinski: «3 Fälle von ausgedehnter gummöser Zerstörung am Penis».

Die gummösen Geschwüre können bei phagedänischem Charakter leicht einen atypischen Verlauf nehmen und dadurch die Diagnose erschweren. Bei irgend wie zweifelhaften Erkrankungen am Penis rät Verf. deshalb zunächst eine energische spezifische Behandlung zu versuchen. Oft führt nur eine Zittmann-Behandlung event. mit Jod kombiniert, zum Ziele.

I. Dedjurin: «Gelenkerkrankungen bei Tripper».

Mitteilung von 9 Fällen.

M. Smirjagin: «Ein Fall von Ichthyosis hystrix striata bullosa».

5-jähriger Knabe. Das Leiden mit Naevi und pemphigusartigen Blasen kombiniert.

A. Jewdokimow: «Ichthyosis hystrix diffusa».

17-jähriges Mädchen. Der Prozess war sehr hochgradig, Gelenkbeugen, Handteller, Fusssohlen, Areolae mammae, Genitalien waren befallen.

B. Schnitkind: «Ein eigenartiger Verband bei akuter Urethritis».

Pat. hatte sich aus Fischbein und Condom eine Art Rezipienten konstruiert.

W. Berger: «Ein Fall von verrucöser Hauttuberkulose».

A. Poltawzew: «Zur Frage der Behandlung der Syphilis mit Quecksilberinjektionen».

Verf. empfiehlt Injektionen mit Hydr. bibromat in 1 pCt. Lösung als nicht schmerzhaft, nicht toxisch und sehr wirksam.

Wichert.

Westnik Oftalmologii. (Zeitschrift für Ophthalmologie.) Mai—August 1906.

M. Awerbade: «Primäre Tuberkulose der Bindehaut».

Ein 10-jähriges kräftiges Mädchen mit in jeder Beziehung gesund befundenen Organen. Die mikroskopische Untersuchung, sowie Impfversuche an Meerschweinchen stellten Tuberkulose der Bindehaut fest. Der zweite Fall betraf ein 1-jähriges Kind. Hier war nur das rechte Auge erkrankt. Die Diagnose wurde in gleicher Weise sicher gestellt. Wie soll man sich die lokale Infektion erklären? Der Autor ist sicher, dass sonst im Organismus Tuberkulose nicht vorhanden war. Serotherapie und Lokalbehandlung leistet wenig und ist unsicher. Am rationellsten erscheint es alles sichtbar Kranke mit der Scheere oder der Glühschlinge zu entfernen.

Th. Kubli: «Ueber Alypin».

Eine 2 pCt. wässerige Lösung veranlasst leichte Rötung und leichtes Brennen. Nach 2 Minuten ist die Empfindlihkeit der Bindehaut und Hornhaut soweit herabgesetzt, dass Fremdkörper entfernt werden können. Das Maximum der Unempfindlichkeit ist nach 5 Minuten erreicht. Im Ganzen leistet es weniger als Kokain.

E. Adamük: «Zur Glaukombehandlung».

Am 10. März 1905 hatte Wygodsky in der St. Petersburger Gesellschaft der Augenärzte diese Frage nochmals zur Diskussion gestellt und besonders darauf aufmerksam gemacht, dass die operative Behandlung des Glaukomes durch die Iridektomie entschieden abnehme; das sei aber auf Grund unserer sicher beobachteten Dauererfolge durch die Iridektomie nicht ganz berechtigt. Auf Grundlage seiner grossen klinischen Erfahrung stellt sich Adamük auf die Seite der-

jenigen, welche erst beim Gebrauch der Myotica — Eserin und Pilokarpin — abwarten und nicht sofort operieren. Sehr oft gelang es ihm, über Jahre hinaus, ein gutes Sehvermögen zu erhalten. Sind die Anfälle akut, und die Myotica beruhigen nicht, dann soll iridektomiert werden.

L. Gidschei: «Bericht über die Augenabteilung in Temirchan-schura. Dagestan, Kaukasus».

Vom 1. Januar 1904 bis zum 1. Februar 1906. Tataren, Lesgier, Armenier wurden behandelt 1229. Trachomkranke 11,4 pCt., unheilbar Blinde gab es 4,3 pCt., Operationen 96, darunter 23 Extraktionen, 13 Iridektomien.

J. Günzburg: «Harter Schanker am unteren Lide».

Aus der russischen Literatur sind 27 Fälle von primärer Infektion am Auge gesammelt und eine eigene Beobachtung wird hinzugefügt, nebst Bild. Die Patientin — von Profession Hebamme — hatte sich an einer Wöchnerin, welche syphilitisch war, infiziert.

J. Kasas: «Psoriasis der Augenschleimhaut».

Auf der Schleimhaut des unteren Lides am rechten Auge und auf der Augenschleimhaut unten fanden sich einige stich- und knochenförmige Veränderungen mit weissen silberglänzendem Belag. An keiner anderen Stelle des Körpers fanden sich Veränderungen der Haut oder Schleimhaut. Die kurze Mitteilung ist nicht überzeugend für die Diagnose.

W. Eleonski: «Tuberkulose der Bindehaut».

Ein Bauer 44 a. n. Tuberkulose in anderen Organen nicht nachgewiesen. Das erkrankte Auge kam in der Folge zur Enukleation, da der Prozess auf die Hornhaut und Lederhaut überging. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte das Vorhandensein von Tuberkelbazillen.

L. Zwiebak: «Ein Fall von Gumma der Lederhaut».

Das Gumma entwickelte sich am rechten Auge eines 38 a. n. Patienten, welcher vor 5—6 Jahren Lues acquiriert hatte, nach einem gelegentlichen Trauma durch einen Knochensplitter.

Operative Entfernung der Geschwulst und darnach 21 Injektionen von Hydrarg. salicylicum erzielten Heilung.

M. Kadinsky: «Zwei Fälle von Flügelfell-Bildung am oberen Lide».

Epitarsus, Pterygium palp. super.

Es handelt sich dabei um eine Falte der Augenschleimhaut, welche vom oberen Teile der Umschlagsfalte bis auf den freien Lidrand des oberen Lides herabreicht. Hier ist diese Dupplicatur der Augenschleimhaut dreieckiger Gestalt und ist die Spitze mit der Schleimhaut des Lidknorpels verwachsen. Zwischen der Schleimhaut des Lidknorpels und jener Falte lässt sich eine Sonde frei durchführen. Es ist dieses meist ein Gelegenheitsbefund, da die Anomalie keinerlei Störung bereitet.

S. Segal: 1. «Ein Fall von Orbitalphlegmone in Anlass eines chronischen Schnupfens».

Es handelt sich gewiss um eine primäre eitrige Entzündung der vorderen Siebbeinzellen und diese bedingte die Phlegmone.

2. «Ein Fall von Arteria hyaloidea».

Medizinischer Bericht über die Tätigkeit des Aleksejewschen Augenhospitals in Moskau für 1904.

Stationäre Patienten 918 bei 68 Betten. Ambulante Kranke 21, 617 mit 62,715 Visiten. Operationen: 778, darunter Extraktionen 198, Iridektomien 83, Sklerotomien 38, Enukleationen 91, Exenteratio bulbi 11.

G—n.

Wojenno-Medizinski Shurnal. (Militär-medizinisches Journal). Oktober—Dezember 1905.

I. Asarewitsch: «Chirurgische Beobachtungen aus dem russisch-japanischen Kriege 1904».

Verfasser beschreibt die Organisation der medizinischen Hülfe auf dem Kampfplatze, die Tätigkeit der Sanitäre, der Verbandplätze und der beweglichen Feldhospitäler und den häufigsten Charakter der Wunden.

A. Kitschin: «Ein schwerer Fall von Verbrennung».

In dem von K. beobachteten Falle betraf die Verbrennung durch Dampf mehr als ein Drittel der Haut des Rumpfes und der Extremitäten. Trotz dieser kolossalen Affektion ist Pat. genesen. Einen guten Erfolg hatten in diesem Falle Umschläge mit Burow'scher Lösung und 4 pCt. Borsalbe.

M. Mursin: «Die Sommergrippe in der Sewastopolschen Garnison».

N. Ganschin: «Aus dem Tagebuche eines Vorposten-Verbandplatzes im russisch-japanischen Kriege».

Die Hauptaufgabe eines Vorposten-Verbandplatzes muss die Stillung von Blutungen sein, was gewöhnlich leicht gelingt durch Anlegen eines Druckverbandes und in seltenen Fällen der elastischen Binde; bei Knochenbrüchen — einfachste Immobilisation der Extremität; in den übrigen Fällen — gewöhnlicher Verband und möglichst rasche Evakuation.

J. Klitin: Mikrobiologie der Leprabazillen und ihre Wirkung auf Tiere».

Es ist dem Verf. gelungen aus Lepromen Mikroorganismen in künstlichen Kulturen zu bekommen, die er auf Grund seiner Untersuchungen als Leprabakterien betrachtet. Für Tiere sind die Bakterien spezifisch-pathogen und rufen einen Infektionsprozess hervor, der als eine experimentelle Leprosis (teilweise Lepromata) viscerum angesehen werden muss.

R. Wreden: «Die Hülfe für Verwundete im gegenwärtigen Kriege auf den Vorposten-Verbandplätzen».

K. Samurawkin: «Einige lehrreiche Fälle von Schusswunden in der Mukden'schen Schlacht».

S. Troizki: «Ueber die Prophylaxe der Malarie».

Sehr günstige Resultate durch energische Behandlung der Malariker mit Chinin. Bei dieser Behandlung der an Malarie Erkrankten mit Chinin wird die Möglichkeit der Uebertragung der Plasmodienkeime von Kranken auf Gesunde durch Stiche beseitigt, wodurch das Chinin zu einem wertvollen prophylaktischen Mittel gegen Malarie wird, aber nur bei systematischer Anwendung und nicht bei Einzelgaben, wie es von einigen Aerzten empfohlen wird.

A. Ssibirski: «Das Soldatenleben während des Friedens».

L. Charitonow: «Zur Frage der wichtigen Diagnostik der Krankheiten im Kriege».

Verf. bedauert, dass sogar in den weit vom Kampfplatze befindlichen Hospitälern, die mit bakteriologischen Laboratorien versorgt sind, die von Spezialisten geleitet werden, die Ordinatoren mehr auf das klininsche Krankheitsbild, als auf die Resultate der bakteriologischen Untersuchung achten.

M. Reich: «Ueber die neuen Garnisonshospitäler der deutschen Armee».

E. Kohan: «Zur Diagnostik der Ausschläge in der Mundhöhle».

Drei sehr interessante Fälle: 1) Stomatitis epidemica aphthosa an der Zunge, 2) Schanker am weichen Gaumen mit starkem indurativen Oedem, 3) Weicher Schanker am harten Gaumen. Die Fälle sind durch zahlreiche Abbildungen illustriert.

A. Oserowski: «Ueber die Geisteskrankheiten im Zusammenhange mit dem russisch-japanischen Kriege für das erste Jahr desselben».

Schlussfolgerungen:

1) Für das erste Kriegsjahr hat sich die Zahl der Geisteskranken im Moskauer Militärhospital im Vergleich mit den vorigen Jahren bedeutend vergrössert.

2) Diese Vergrösserung kann nicht ausschliesslich den Verhältnissen der Kriegszeit zugeschrieben werden; viele kamen auf den Kriegsschauplatz schon krank oder bedeutend zur Erkrankung disponiert.

3) In diesen Fällen begünstigte der Krieg nur den Ausbruch oder Verschlimmerung der Krankheit.

4) Eine besondere spezielle Psychose hat der Krieg bis jetzt nicht geliefert.

5) In der aktiven Armee entwickeln sich vorzugsweise akute Psychosen und Neurosen, unter ihnen besonders die neurasthenische Psychose.

6) Dennoch erkranken auch hier vor allem praedisponierte Personen mit geschwächtem Nervensystem.

7) Der Krieg verleiht den gewöhnlichen Psychosenformen einen besonderen Charakter.

8) Als Hauptursache der Entwickelung der Geisteskrankheiten im Kriege dient die Schwächung des Nervensystems infolge komplizierter schwerer Verhältnisse der Kriegszeit.

9) Die Zunahme des Alkoholismus erklärt sich teilweise durch die Notwendigkeit das Nervensystem zu spornen.

10) Der Transport der Geisteskranken vom Fernen Osten hat sogar bei den gegenwärtigen schlechten Bedingungen desselben keinen schädlichen Einfluss auf den Krankheitsverlauf; im Gegenteil, während der Fahrt werden die Kranken munterer.

K. Serpowski: «Zur Methodik der Untersuchung der Desinfektionsmittel».

A. Strelkow: «Die Desinfektion des Wassers mit Aqua regia».

W. Frolow: «Zwei Fälle hochliegender Abszesse der Leber, die durch den komplementären Lungenraum eröffnet wurden».

W. Barth: «Eine neue Methode zur Fixation der Schenkelbrüche auf dem Verbandplatze».

Beim Anlegen eines Fixationsverbandes bei Schenkelbrüchen empfiehlt. B. die Suspension des Verwundeten auf einer Binde, welche sein Becken umfasst und um den Hals eines an seinem Kopfende stehenden Sanitären gelegt wird. Verf. hat diese Methode 13 Mal angewandt und ist mit ihr vollkommen zufrieden.

N. Schebajew: «Ein Fall von Kehlkopferysipel, durch Tracheotomie geheilt».

Aus der Krankengeschichte ist nicht einzusehen, dass beim Pat. wirklich Kehlkopferysipel gewesen war.

L. Charitonow: «Die Behandlung des Abdominaltyphus im Kriege».

Strenge flüssige Diät. Von medikamentösen Mitteln sei das beste Kali hypermanganicum in schwachen Lösungen (1:10000—5000), das schon 1903 vom Verf. auch bei Dysenterie empfohlen wurde.

G. Masurow: «Ueber die mit Diarrhoe einhergehenden Erkrankungen in der Mandschurei».

Verf. beschreibt zwei kleine Epidemien (in der ersten 113, in der zweiten 92 Erkrankungen) akuten Katarrhs des Magens und des ganzen Darmkanals, die Ursache der Epidemien konnte nicht festgestellt werden.

W. Ssaposhkow: «Einige Fälle hämoglobinurischen Fiebers im Tale der Araxa».

K. Jürgenson: «Ueber die Konserven des Milch-Kaffee-Extraktes».

Verf. beschreibt die Bereitung dieser Konserve für die aktive Armee auf der Fabrik W. Ferrein in Moskau und hält dieselbe für vollkommen befriedigend.

A. Lewin: «Aus den Beobachtungen eines Arztes an der einheimischen Bevölkerung der Mandschurei».

I. Kreindel: «Ueber die Verbesserung der Hülfeleistung den Verwundeten an den Vorposten».

Verf. proponiert einige, wie es scheint, recht zweckmässige praktische Maassregeln.

K. Sujew: «Ueber bessere Methoden der Bereitung der Watte für militär-medizinische Zwecke».

T. Glückmann: «Suprarenin in der Rhino-Laryngologie».

Die Beobachtungen des Verfassers bestätigen die allgemein bekannte vorzügliche Wirkung dieser Präparats bei Operation in der Nase und im Kehlkopf.

Januar—Mai 1906.

N. Nowombergski: «Die ärztliche Expertise in Russland in der moskauschen Periode». (Nr. 1).

Aus den historischen Daten lässt sich ersehen, dass in Russland schon in der moskauschen Periode die ärztliche Expertise zu administrativen und gerichtlichen Zwecken viel benutzt wurde.

P. Ljubomudrow: «Versuche der Anwendung prophylaktischer und therapeutischer Eingiessungen bei intraperitonealer Infektion von Meerschweinchen mit Typhus und Cholera». (Nr. 1).

Die Versuche zeigten, dass intraperitoneale und subkutane, prophylaktische und therapeutische Kochsalzeingiessungen die Entwickelung einer stark ausgesprochenen Leukozytose und Phagozytose im Organismus und vorzugsweise in der Peritonealhöhle befördern, welche die in die Peritonealhöhle eingeführte Infektion bedeutend abschwächen und zuweilen sogar vernichten, womit das Leben der infizierten Tiere verlängert wird und oft den Tod derselben verhütet.

G. Turner: «Pirogow's Ansichten über die Wundbehandlung». (Nr. 1).

W. Frolow: «Zur Frage der Diagnose und Therapie der penetrierenden Wunden der Bauchhöhle zur Friedenszeit». (Nr.Nr. 1, 2 und 3).

Verf. beschreibt ausführlich 38 Fälle von penetrierenden Schnittwunden und 20 Fälle von penetrierenden Schusswunden der Bauchhöhle. Von diesen 58 Fällen sind 26 gestorben, wobei 4 Patienten sterbend ins Hospital gebracht wurden, 3 auf die Operation nicht eingingen und 1 aus anderen Gründen nicht operiert wurde. Nimmt man also nur die operierton Fälle, so bekommen wir auf 50 Laparotomien 20 Todesfälle, was eine Mortalität von 40 pCt. nach operativer Hülfe bei penetrierenden Bauchwunden ergiebt. Bei expektativer Behandlung sind von 4 Fällen 2 gestorben, d. h. eine Mortalität von 50 pCt.

A. Steinberg: «Semiotik der Herdaffektionen des Gehirns». (Nr.Nr. 1 u. 2).

Vorzügliche, ausführliche Uebersicht über die Symptomatologie und differentielle Diagnostik der verschiedenen Herderkrankungen des Gehirns.

D. Werjushski: «Der Typhus recurrens im Militär der Petersburger Garnison». (Nr. 1).

Verf. beschreibt die 4 ersten Recurrensfälle, die im Oktober 1905 im Semjenowschen Alexandrowschen Militärhospital zur Beobachtung kamen.

A. Strelkow: «Ein Versuch zur Anwendung der Marpmann'schen Wasserprüfer zur Unteruchung des Wassers». (Nr. 1).

Auf Grund seiner Untersuchungen kam Verf. zum Schluss, dass die Marpmann'schen Wasserprüfer nicht einmal einer eingehenden Kritik wert sind und dass von der Anwendung derselben gewarnt werden muss.

I. Kyanizyn: «Organisation und Maassregel zur Bekämpfung der Infektionskrankheiten im russisch-japanischen Kriege». (Nr. 1).

A. Greiner: «Ueber die Bewaffnung, Kleidung und Ernährung der russischen Armee im Feldzuge 1904—1905». (Nr. 1).

A. Zazkin: «Zur Kasuistik der Epibulbargeschwülste». (Nr. 1).

Verf. beschreibt 2 Fälle: Sarcoma epilbulbare und Melanosarcoma epibulbare.

N. Schetalow: «Ein Fall Raymond'scher Krankheit im Zusammenhange mit der ikterisch-haemoglobinurischen Form der Malarie». (Nr. 1).

I. Grimm und P. Lasarewitsch: «In Veranlassung des Artikels von S. Unterberger: «Wie können die Militärärzte die Tuberkulose im Militär mit Erfolg bekämpfen». (Nr.Nr. 1, 2 u. 3).

W. Rubaschkin: «Ueber den gegenwärtigen Stand des Unterrichts der Anatomie in den ausländischen medizinischen Schulen». (Nr. 1 u. 2).

A. Beikowski: «Die Tätigkeit eines besonderen Laboratoriums des kaiserlichen Instituts für experimentelle Medizin an dem Alexander I.-Fort in Kronstadt zur Herstellung von Präparaten gegen die Pest». (Nr.Nr. 1, 2 u. 3).

Ausführliche Beschreibung.

E. Dogadkin: «Zur Kasuistik der künstlich hervorgerufenen Geschwülste». (Nr. 2).

Verf. beschreibt einen Fall von Simulation einer Geschwulst oder Verhärtung des Hodens, die von einem Soldaten zur Befreiung vom Militärdienst künstlich hervorgerufen wurde, wahrscheinlich, durch Injektion von Paraffin ins Zellgewebe des Hodensackes.

L. Besser: «Kurzer Bericht über die Erkrankungen von Menschen an Tarbaganenpest, welche in 1888—1897 in der Mongolei und Transbaikalien beobachtet sind». (Nr. 2).

Nach den Beschreibungen dieser Epidemien glaubt Verf., dass bei einigen von ihnen es sich wirklich um die asiatische Pest gehandelt hatte, sowohl um die pneumatische, als um die Bubonenform, wenn auch strikte Beweise dafür sich nicht erbringen lassen. Zu Gunsten dieser Meinung spricht das Auftreten in diesen Jahren in denselben Orten und bei gleichen Erscheinungen einer Epidemie, die beim genauen wissenschaftlichen Studium als Bubonenpest anerkannt wurde. Weiterhin spricht zu Gunsten des Zusammenhanges der Tarbaganen- und Menschenpest das zeitliche und örtliche Zusammentreffen derselben. Ueber die Rolle der Tarbaganen bei der Entstehung und Verbreitung dieser Erkrankungen kann man gegenwärtig nur sagen, dass, nach den neuesten Untersuchungen die

Tarbaganen sich leicht an der Menschenpest infizieren und auf einander übertragen. Ob die Tarbaganen diese Krankheit ins Transbaikalien von der Woitschan-Gebirgskette übertragen, an welcher nach den Untersuchungen von S a b o l o t n y ein ständiger Herd von Menschenpest existiert, muss vorläufig dahingestellt bleiben.

P. P o s p e l o w: «Das Feldzugsleben in der Mandschurei und ihre Krankheiten». (Nr.Nr. 2 u. 3).

Ausführliche Beschreibung des sanitären Zustandes des 146. Zarizyn'schen Infanterieregiments während des Feldzuges und der Krankheiten, der mit dem Klima der Mandschurei im Zusammenhange standen.

J. W i o l i n: «Die Evakuation der Kranken und Verwundeten von den Vorposten». (Nr. 2).

Kurzer Bericht über die Unvollkommenheiten der Transportmittel, Kleidung und Ernährung der Patienten und der ganzen mangelhaften Organisation der Evakuation.

A. G r e i n e r: «Die Unvollkommenheiten der militär-medizinischen Organisation der russischen Armee nach den Erfahrungen im russisch-japanischen Kriege 1904—1905». (Nr. 2).

I. K r e i n d e l: «Die häufigsten ambulatorischen Krankheiten in der mandschurischen Armee im russisch-japanischen Kriege». (Nr. 2).

Am häufigsten beobachtet wurden fieberhafte Erkrankungen, die dem Krankheitsbilde der Influenza vollkommen entsprachen, Malarie von 1—2-tägigem Typus mit starker Milzvergrösserung, Kombinationen der Influenza mit Malarie und massenhafte Gastroenteritis.

W. D i d r i c h s o n: «Ueber die bösartige Syphilis vom neuesten Gesichtspunkte». (Nr. 2).

Als Hauptursache der bösartigen Syphilisformen betrachtet Verf. vollkommenere biologische Entwickelung der Mikroben der Syphilis. Alle andere günstige Verhältnisse spielen nur die Rolle disponierender Momente.

A. E u t s c h k o w s k i: «Zur Behandlung der Akne vulgaris mit Bierhefe». (Nr. 2).

Auf Grund von 20 eigenen Fällen glaubt Verf., dass die Bierhefe zwar einige therapeutische Bedeutung bei Akne vulgaris habe, aber eine viel geringere, als die Reklame ihr zugeschrieben hatte. Vollständige Heilung wurde in keinem einzigen Fälle beobachtet. Neue Aknepusteln traten bei dieser Behandlung aber seltener auf.

P. G o l u b i n z e w: «Projekt einer neuen Ausrüstung des Infanteristen». (Nr. 3).

D. G l a d y s c h: «Die Sanitärärzte und medizinische Statistik in unserer Armee». (Nr. 3).

E. W a s s i l j e w: «Mobilisation der Divisionslazarette». (Nr. 3).

N. D a w y d o w: «Collargol bei septischen und pyämischen Erkrankungen». (Nr. 3).

Auf Grund von 4 eigenen Fällen glaubt Verf., dass das Collargol in verschiedenen Formen bei lokalen septischen Affektionen nützlich ist und auch im Beginn der allgemeinen septisch-infektiösen Erkrankungen versucht werden muss. Zunächst soll es in Form des Ung. Credé als Einreibung versucht werden, da die subkutane Injektion schmerzhaft ist und nur im Notfalle angewandt werden darf. Schädliche Folgen wurden nach mässigen Collargoldosen nicht beobachtet. Was die therapeutische Wirkung des Collargols anbetrifft, so setzt es rasch die Körpertemperatur herab, wobei die Schüttelfröste aufhören, und vernichtet die Eitererreger im Organismus selbst oder macht sie weniger schädlich.

I. K l i t i n: «Zur Frage der Desinfektion der Schaffelle beim Anthrax und über die Wirkung einiger chemischer Agentien auf die Anthraxsporen». (Nr.Nr. 4 u. 5).

Die Untersuchungen des Verfassers zeigten: 1) die ganze Haut der Meerschweinchen auf der unteren Körperoberfläche, die dem Unterhautzellgewebe mit entzündlichem Anthraxexsudat entspricht, enthielt Anthraxbazillen. 2) In den abgenommenen Fellchen hatten die Sporen die Möglichkeit sich zu entwickeln. 3) Lösungen von Kali bichromicum hatten keine bakterielde Wirkung auf die Anthraxsporen und haben die Entwickelung derselben weder abgeschwächt, noch gehemmt. 4) Terpentin tödtet schon bei 3 Minuten langer Einwirkungen die Anthraxsporen in den Fellchen der Meerschweinchen, die an Anthrax krepiert sind. 5) Seidenfäden und Fellchen, welche Sporen enthalten, sind nach Bearbeitung mit Terpentin für Tiere nicht virulent.

M. S t e i n b e r g: «Vorläufige Resultate des russisch-japanischen Krieges vom Gesichtspunkte der Chirurgie». (Nr.Nr. 4 u. 5).

Die Beobachtungen der Chirurgen im russisch-japanischen Kriege haben in unsere Ansichten über die Wirkung der kleinkalibrigen Mantelkugeln nichts Neues gebracht. Schusswunden des Schädels mit zweifellosen Symptomen einer Gehirnverletzung gaben einen günstigeren Verlauf, als bis dahin beobachtet wurde. Günstiger erwiesen sich auch die penetrierenden Schusswunden der Bauchhöhle. Unerwartet und staunenswert gut verliefen einige, nicht gar seltene Schusswunden des Herzens, die ohne jeden chirurgischen Eingriff heilten. Ebenso gut verliefen auch die Schusswunden der Harnblase.

A. S t r e l k o w: «Wie bin ich Zahnarzt geworden». (Nr. 4).

A. S s i b i r s k i: «Versuch zur Ausarbeitung von Karten für den sanitären Bericht im russisch-japanischen Kriege». (Nr. 4).

M. M u r s i n: «Zur Frage über die Rolle der Herzkrankheiten in der Aetiologie des plötzlichen Todes im Militär». (Nr.Nr. 3 u. 4).

Aus den vom Verf. beobachteten 27 Fällen plötzlichen Todes infolge von Herzkrankheiten ergiebt sich, dass unter den verschiedenen Herzkrankheiten, welche in diesen Fällen den plötzlichen Tod verursachten, am häufigsten Affektionen der Herzmuskulatur und Klappenfehler vorkommen.

M. I s s e r s o n: «Skorbut in der belagerten Festung Port Arthur». (Nr.Nr. 3 u. 4).

Ausführliche Beschreibung des Skorbuts, seiner Symptome und Behandlung.

J. W i o l i n: «Einige Bemerkungen über die militär-medizinischen Berichte zur Kriegszeit». (Nr. 4).

W. B l a c h e r: «Ueber die militärischen Desinfektionskolonnen auf der Eisenbahn». (Nr.Nr. 4 u. 5).

L'h o m m e q u i l i t: «Ueber die Selbstnarkose durch Opium». (Nr.Nr. 3 u. 4).

Verf. beschreibt ausführlich die in China übliche Methode der Selbstnarkose durch Opium und ihre Folgen.

E. B o n w e t s c h: «Ein Fall künstlicher Verletzung der Hornhaut bei einem Soldaten». (Nr. 4).

Die Verletzung wurde, wahrscheinlich, durch ein Kalkstäbchen ausgeführt.

F. W e b e r: «Zur Frage der Behandlung der Schussbrüche». (Nr. 5).

I. K r e i n d e l: «Skorbut und Hemeralopie auf den Feldern der Mandschurei». (Nr. 5).

Die Ursachen der Entwickelung dieser Krankheiten waren: 1) Mangel an Fetten in der Nahrung, 2) Einförmigkeit der Nahrung und Mangel an Obst und Kartoffeln in derselben, 3) übermässige Ermüdung und Erschöpfung des Organismus durch die schweren Kämpfe und 4) hohes Alter der Reservesoldaten.

S. S c h e r: «Zur Kasuistik der inneren Infektion mit Anthrax (Mykosis intestinalis)». (Nr. 5).

A. S t r e l k o w: «Eine Hausepidemie von Pocken». (Nr. 5).

A. F e d e r o l f: «Schema zur Besichtigung und Untersuchung der Einberufenen». (Nr. 5).

A. S a c h e r.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenh. Pr. №15.

Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften.

№ 9. Beilage zur „St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift". 1906.

RUSSISCHE MEDIZINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Chirurgija (Chirurgie).
Detskaja Medizina (Kinderheilkunde).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Odontologitscheskoje obosrenje (Odontologische Rundschau).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Pharmazewt (Pharmazeut).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i weneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt).
Ssowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Ssowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski Shurnal. (Militär-Medizinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).

Medizinskoje Obosrenje (Medizinische Rundschau) Band LXV. Nr. 1—6. 1906.

A. Kablukow: «Zur Kasuistik der Schussverletzungen der Nieren».

In den Sanitätsberichten aus dem deutsch-französischen Kriege werden im Ganzen 16 Fälle von Nierenschüssen angegeben. Im russisch-japanischen Kriege kamen auf 6000 Schwerverwundete nur 3 mit Nierenschüssen. In einem Fall war der Einschuss an der rechten vorderen Bauchwand in der Mamillarlinie, 2 Fingerbreit unter dem Rippenbogen; der Ausschuss rechts unter der Mitte der 12. Rippe. Es bestand neben Bluthárn, stürmische Peritonitis. Heilung bei expektativer Behandlung. Im zweiten Fall war der Einschuss in der vorderen Axillarlinie rechts, in der Mitte zwischen rechtem Rippenbogen und der Spina anterior superior ossis ilei, — der Ausschuss zwei Fingerbreit unter dem rechten Rippenbogen nahe der Wirbelsäule. Obgleich das Peritoneum perforiert sein musste, gab es keine Reizerscheinungen von Seiten des Peritoneums. Die Verletzung der Niere dokumentierte sich durch eine Harnfistel am Ausschuss, welche reichlich blutigen Harn entleerte, während die per vias naturales entleerte Harnmenge, schwach blutig tingiert und stark vermindert war. Auch dieser Fall heilte gut aus, indem die Fistel stetig weniger, die Blase entsprechend reichlicher Harn entleerte. Der 3. Fall betraf einen jungen japanischen Offizier. Einschuss rechts in der Mammillarlinie, 3 Fingerbreit unter dem Rippenbogen, Ausschuss in der rechten Seite, in der Mitte zwischen Rippenrand und Crista ossis ilei. In einem Lazarett war Patient operiert worden in der Glutealgegend, wo ein Eiterherd eröffnet worden war und in der Nierengegend, wo längere Zeit hindurch eine Harnfistel bestand. Eine Nephrektomie förderte eine verkleinerte, durch eine tiefe Einschnürung in zwei Hälften geteilte Niere zu Tage. Der Ausschuss befand sich an der Konvexität, der Einschuss im Nierenbecken. Auch dieser Fall, dessen Krankengeschichte Verf. mitteilt, heilte gut.

W. Bogoljubow: «Naevus papillomatosus».

Eine Krankengeschichte. Es handelte sich um papilläre Wucherungen auf angeborenen Pigmentflecken. Die Anwesenheit von verhornten Zellen (Hornperlen) ist pathognomonisch für die harten Naevi. Der ganze papillomatöse Wucherungsprozess war hier auf Kosten der Epitelschicht vor sich gegangen, während das Bindegewebe nur Infiltration aufwies.

S. Zypkin: «Ueber pseudochylöse Transsudate».

Die Opaleszenz der Flüssigkeit, sowohl beim chylösen, als auch beim adipösen Hydrops ist durch den Gehalt an Fett bedingt, und zwar muss mindestens 1,5‰ Fett enthalten sein. Erreicht der Fettgehalt nicht 1,5‰, so sprechen wir von pseudochylösen Transsudaten oder Exsudaten. In zwei Fällen von pseudochylösem Aszites, deren Krankengeschichten mitgeteilt werden, hat Verf. nachzuweisen versucht wodurch die Opaleszens bedingt wird. In beiden Fällen trat es, während des Verlaufes der Erkrankung, deutlich zu Tage, dass die Opaleszenz abnahm, während gleichzeitig der Eiweissgehalt zunahm. Achard fand, dass bei zehrenden Krankheiten das Blut so arm an Eiweiss werden könne, dass das Serum eine milchweisse opaleszierende Farbe bekäme. Diese Opaleszenz würde bei einer Zunahme des Eiweissgehaltes schwinden. Bei der Eiweissabnahme im Blute wird die Ernährung der Gefässe beeinträchtigt, diese werden für Eiweiss durchlässiger. Es kann also angenommen werden, dass zwischen Transsudat und Blut ein umgekehrtes Proportionsverhältniss sich etabliert: Je eiweissärmer das Blut, um so eiweissreicher das Transsudat; je stärker opaleszierend das Blutserum, um so geringer die Opaleszenz des Transsudates.

A. Zuberbiller: «Ein Fall von narbiger Striktur der Speiseröhre nach Scharlach».

G. Meschtscherski: «Zur Behandlung der Psoriasis mit photoelektrischen Wannen».

D. Nisolski: «Ueber Arbeiterwohnungen in Fabriken und Werken».

S. Ssuchanow. «Ueber die Kombination akuter Depression mit Zwangsvorstellungen». Eine Krankengeschichte.

A. Skobolewski: «Zur Lehre des Rindenzentrums der Stimme». Zwei Krankengeschichten.

W. Muratow: «Zur Frage der klinischen Abgrenzung der Dementia paranoides».

A. Schmidt: «Ein für periphere Nerven toxisches Serum».

J. Rachmanow: «Maligne Nierentumoren bei Kindern». Sechs Krankengeschichten.

M. Dawydow: «Ein Fall von Adams-Stokes'scher Krankheit mit Erscheinungen von arterioventrikularer Allorythmie».

A. Kablukow: «Ueber Schussverletzungen der Röhrenknochen in der Diaphyse ohne Kontinuitätstrennung».

W. Dewizki: «Ueber Herzklappentumoren». Ein Fall von Myxofibrom.

A. Lipschin: «Zur Frage der Hospitalbehandlung Schwindsüchtiger».

J. Kasas: «Der Frühjahrskatarrh (Saemisch)».

E. von Mickwitz.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei. (Journal für Geburtshülfe und Frauenkrankheiten) Nr. 1—6 1906.

A. Muratow: «Konservative Myomektomie (Nr. 1 u. 2).

M. hat 39 konservative Myomektomien gemacht, 5 davon wiesen in einem Zeitraum von 9 Monaten bis 2 Jahren Rezidive auf und eine starb an den Folgen der Operation. Es handelte sich bei den 5 Pat. meist um leichte Enukleationen, bei denen alle palpablen Tumoren entfernt wurden, sie fühlten sich nachher wohl, wiesen aber nachher von Neuem Geschwülste auf. Unter den übrigen wurden 18 nachuntersucht und als gesund befunden. In den 5 Fällen, wo später ein Rezidiv gefunden wurde, hatte es sich augenscheinlich um zurückgebliebene Myomknoten in der Uterusmuskulatur gehandelt, die sich nicht durchpalpieren lassen auch während der Operation. M. spricht ausserdem noch eine Vermutung aus: die konservative Myomotomie als solche gibt einem kleinen Myomknoten direkt Veranlassung zu schnellerem Wachstum. M. will konservativ operieren, so oft es geht, wenn aber die genügende Gewissheit Alles Pathologische entfernt zu haben, nicht vorliegt, ist der Uterus zu exstirpieren.

A. Redlich: «Cystoskopie und die Sondierung der Ureteren». (Nr. 1).

Verf. giebt anfangs eine anatomische Uebersicht und führt eine Reihe gynaekologischer Affektionen an, wo die Blase in Mitleidenschaft gezogen ist, wie Karzinom, Lageveränderungen u. s. w. alsdann die Fälle, wo der Operateur den Ureter oder die Blase verletzt. Verf. bespricht die Geschichte und Methode der Cystoskopie und stellt als Kontraindikation für die Ausführung einer Untersuchung auf: infektiöse Prozesse in der Urethra oder Blase, entzündliche Prozesse im Becken bei Temperaturerhöhung. Unter den katarrhalischen Formen der Cystitis stosst der Gynaekologe am häufigsten auf die gonorrhoische Cystitis, die sich vorzugsweise im Trig. Lieutendii lokalisiert, Cystitis infolge unreinlich ausgeführter Katheterisation und infolge von Reizung von Fremdkörpern (Ligaturen etc.). Dafür werden mehrere Beispiele angeführt. Darauf geht Verf. auf die Sondierung und Katheterisation der Uretheren über.

B. Kadjigrobow: «Ueber Stieldrehung der Tube». (Nr. 1 u. 2).

Nachdem Verf. 48 Fälle aus der Literatur angeführt, bringt er eine Krankengeschichte: einer 28-jährigen Pat. wurde ein faustgrosser cystischer Tumor per vaginam entfernt, es handelte sich um einen Sactosalpinx mit einer Schnürfurche nahe dem uterinen Ende. Es folgt das mikroskopische Untersuchungsresultat und einige Worte über die Aetiologie etc.

J. Simonowitsch: «Ein Fall von Porro-Operation». (Nr. 1 u. 2).

38-jährige Primipara, als Kind eine Lähmung der unteren Extremitäten durchgemacht, in der Folge konnte sie nur derart gehen, dass sie sich mit den Händen fortbewegte und die gelähmten Beine gleichsam als Krücken brauchte. Als sie sich zeigte, war sie im 7. Monat gravid, hatte ausserdem ein Myom und ein enges Becken. S. wartete nicht den Geburtstermin ab, sondern machte alsbald einen Porro-Kaiserschnitt. Die Gebärmutter war besäht mit Fibromknoten. Operation und postoperativer Verlauf gingen glatt.

K. Rein: «Die Aufgaben der medizinischen Gesellschaften, nebst einer kurzen Uebersicht über die Organisation der Geburtshilfe in Russland». (Nr. 3, 4 u. 5).

R. entwirft ein fesselndes, aber trauriges Bild über den jetzigen Stand der Organisation der Geburtshilfe. Es mangelt in jeder Beziehung an geschulten Kräften, Asylen und der Möglichkeit die erforderliche Hilfe zu leisten. In einigen Bezirken kommen auf 150—1000 Neugeborene eine Hebamme, in einigen Gouvernements, (Poltawa, Chersson, Kursk, Tambow etc.) auf 1000 bis 2000 Neugeborene eine und in drei Gouvernements auf über 2000 eine einzige Hebamme, im Taurischen Gouvernement erreicht die Zahl 5845. Im günstigsten Fall erstreckt sich die Tätigkeit einer Hebamme auf den Umkreis von 6—12 Werst, in 22 Gouvernements von 12—20 Werst, dann wird der Umkreis immer grösser, bis dieser im Gouvernement Archangelsk die Höhe von 109, in Orenburg sogar 201 Werst erreicht. Die Zahl der Hebammen in ganz Russland wird auf 9000 beziffert, von denen $^2/_3$ in den Städten lebt und nur $^1/_3$ auf den riesigen Flächenraum des Reiches kommen. Die zu erstrebende Zahl von Hebammen wird auf 60,000 beziffert, dann hätte eine jede durchschnittlich einen Umkreis von 10 Werst zu bedienen. In wenigen Gouvernements ist das Verhältniss zwischen der Anzahl im geburtsfähigen Alter stehenden Frauen und einem stationären Bett d. h. der Möglichkeit in einem zweckentsprechenden Raum niederzukommen ein günstiges, selten kommt ein stationäres Bett auf 2000—7000 im geburtsfähigen Alter stehenden Frauen, in 48 Gouvernements kommen über 10,000 auf ein Bett, in einigen auf 18,000, ja sogar in Poltawa auf 153,383 Frauen ein Bett. Der Dorfbevölkerung ist somit kaum die Möglichkeit gegeben, Geburt und Wochenbett unter einigermassen hygieinischen Verhältnissen durchzumachen. In den undicht bewohnten Distrikten ist nur in $^1/_3$% aller Geburten ein Arzt oder Hebamme bei der Geburt anwesend. Nach Schilderung dieser entsetzlichen Verhältnisse, spricht R. in seiner Rede den Wunsch und das Verlangen aus, dass sich die gelehrten Vereine und speziell der russische gynaekologische Verein, dessen Praesident Rein ist, des Elendes der weiblichen Bevölkerung annehmen möge.

A. Muratow: «Atresia vaginae, zweimalige künstliche Scheidenbildung, Schwangerschaft, konservativer Kaiserschnitt, nochmalige Scheidenplastik sub partu». (Nr. 3 und 4).

Eine 22-jährige Pat. litt an Molimina menstrualia, Vagina fehlt, der untersuchende Finger dringt in einen $1^1/_2$ Ctm. langen Blindsack, per rectum fühlt man einen härtlichen Körper, von dessen oberem Ende nach rechts und links längliche Gebilde abgehen. 1898 wurde Pat. eine Operation ausgeführt (nicht angegeben, welcher Art. Ref.) darauf zeigten sich die Regeln. Die Diagnose hatte gelautet: Atresia vaginae, Haematometra uteri bicornis. Als sich Pat. nach einiger Zeit vorstellte, konstatierte man einen 3 Ctm. langen und ein Ctm. breiten Blindsack, rechterseits von einem Hautlappen umsäumt, per rectum fühlte man einen Uterus bicornis. Nach einigen Jahren stellte sich Pat. in gravidem Zustande vor. Die Vagina war 5 Ctm. lang, endete konisch, mit Mühe wird eine dünne Sonde in eine Oeffnung am Ende der Vagina eingeführt. Die Schwangere blieb in Beobachtung, man liess die Möglichkeit offen während der Geburtswehen von unten die Verengerung zu beseitigen. Statt dessen ging die Geburt trotz starker Wehen nicht vorwärts, der Kopf trat nicht tiefer, die artretische Stelle änderte sich in keiner Weise. Schliesslich wurde die Sectio caesarea gemacht. Nach Extraktion des Kindes wurde in die Gebärmutterhöhle eine gekrümmte Kornzange eingeführt und von oben bei gleichzeitigem Gegendruck von der Vagina aus, nach unten gedrückt. Dieses führte nicht zum Ziel, daher wurde von oben in querer Richtung das Gewebe durchtrennt bis auf die durch die Vagina entgegengeführte Sonde, die Oeffnung wurde stumpf erweitert auf $3^1/_2$ Ctm. Das rechte rudimentäre Uterushorn wurde belassen. Nach Schluss der Bauchhöhle führte M. noch eine Scheidenplastik aus. Pat. wurde gesund entlassen. Die Atresie ist wahrscheinlich eine erworbene gewesen nach Pocken.

W. Grusdew: «Geschichtliches über die Geburtshilfe und Gynaekologie in Russland». (Nr. 3, 4, 6 u. 10).

Die Geburtshilfe hat in Russland viel später festen Fuss gefasst erst in der Mitte des achtzehnten Jahrhunderts. Verf. unterscheidet vier Perioden: die erste umfasst die zweite Hälfte des achtzehnten Jahrhunderts, die Ausübung der Geburtshilfe lag ausschliesslich in den Händen von Ausländern, speziell von Deutschen, was die Aerzte und Hebammen betrifft. Eine russische Literatur gab es nicht und einen regelmässigen Unterricht auf diesen Gebieten ebensowenig. Dabei existierten in ganz Russland nur zwei geburtshilfliche Anstalten. In der zweiten Periode (erste Hälfte des neunzehnten Jahrhunderts) traten zum ersten Mal russische Geburtshelfer auf den Plan, die Geburtshilfe ist in den Unterrichtsplan, eingeschlossen und die Gynaekologie beginnt sich geltend zu machen. In der dritten Periode treten die Ausländer ganz in den Hintergrund, Geburtshilfe und Gynaekologie bilden eine spezielle Disziplin. Ausser dem Staat nimmt Stadt und Land Teil an der Organisation der Geburtshilfe für die ärmere Bevölkerung, infolge dessen nimmt die Zahl der geburtshilflichen Anstalten bedeutend zu. Die letzte Periode umschliesst die neuere Zeit, in der die russische Schule sich auf das gleiche Niveau mit der westeuropäischen erhebt, überall entstehen Gebärhäuser, Hebammenschulen, gynaekologische Anstalten, selbst auf dem Lande.

A. Semjanikow: «Zwei Fälle zentralen Dammrisses». (Nr. 3 u. 4).

Zwei kasuistische Fälle.

A. Polenow: «Einige Worte zur Bemerkung S. Grusdew's: über die Lehre der Entstehung spontaner Uterusrupturen». (Nr. 3 u. 4).

Polemik und Entgegnung.

G. Rein: «Nachruf an A. Gusserow».

L. Nenadowicz: «Ueber die hydrotherapeutische Behandlung bei Myomen und entzündlichen Affektionen im Becken und den Adnexen». (Nr. 5).

N. führt die Ansichten verschiedener Autoritäten an, aus denen hervorgeht, dass diese in Bezug auf den Zeitpunkt, wann eine regelrechte Bäderkur nach abgelaufenem akutem Entzündungsprozess einzuleiten ist. N. betont, dass es sehr auf den allgemeinen Kräftezustand ankommt.

K. Hein: «Fisteln und Ureterverletzungen». (Nr. 5).

H. hat das Material aus dem Alexandrastift in Petersburg bearbeitet. Unter 19 nach Wertheim operierten Karzinomen wurde 4 mal Nekrose des Ureters beobachtet, dazu kommt ein Fall nach einer Uterusexstirpation nach Schuchardt-Schauta. Die Nekrose entsteht als Folge zu umfangreicher Isolierung von dem umgehenden Gewebe, infolge von Unterbindung von Gefässen, welche die Ernährung des Ureters besorgen, beim Uebergang karzinomatöser Infiltration auf den Ureter, Druck eines Drainrohrs und mechanische Momente. In den Fällen, wo auf die Art. ureterica nicht geachtet wurde, hatte man keine üblen Folgen, dagegen trat in zwei Fällen, wo nach Angabe von Ammann, Krönig etc. der Ureter mit dem parietalen Blatt des Peritoneums oder dem hinteren Blatt des Lig. latum in fester Verbindung blieb, Nekrose des Ureters ein. In einem Fall von karzinomatöser Infiltration des Parametriums war der Ureter mit grosser Mühe und Gefahr zu isolieren, es trat keine Nekrose ein, dagegen trat diese in einem anderen Fall nach Wertheim'scher Operation ein, wo die Umgebung des Ureters sicher frei war. In zwei Fällen wurde während einer Laparotomie (Grav. extrauterina und bei einem intraligamentär entwickelten mannskopfgrossen Myom) der Ureter primär verletzt beim Anlegen der Ligatur auf das Lig. infundibulo-pelvicum. Was die Erkennung der Ureterverletzungen angeht, so deutet Herausfliessen von Harn und Erweiterung des Ureters oberhalb der unterbundenen Stelle darauf hin, dass derselbe verletzt oder mit einer Ligatur mitgefasst ist. Häufig führt die cystoskopische Untersuchung zum Ziel, doch nicht immer, wofür ein komplizierter Fall angeführt wird. In einem Fall wurde von Dobbert die Implantation eines Ureters in die Blase mit Erfolg nach Rissmann ausgeführt. In zwei Fällen schloss sich die Fistel spontan, in einem konnte man 14 Monate nach der Operation eine Fistel in der Vagina erkennen, in einem ging Pat. nach 4½ Mon. an Pyelonephritis zu Grunde, ein fünfter Fall stand noch in Beobachtung und litt an periodisch auftretenden pyelitischen Erscheinungen.

N. Michailow: «Retention eines Kindskopfs in der Uterushöhle». (Nr. 5).

Bei einer Frühgeburt riss eine Hebamme den Körper des Kindes heraus, liess den Kopf zurück, nach längerer Zeit sah M. die Pat., dilatierte den Uterus und extrahierte den Kopf in Stücken.

J. Sudakow: «Ueber Symphysitis». (Nr. 6).

Bei einer II Gebärenden (Zwillinge) zeigte sich unter hohem Fieber am 5. Tage nach der Geburt starke Schmerzhaftigkeit der Symphysengegend und der unteren Extremitäten. Die Gegend der Symphyse schwoll an und wurde äusserst empfindlich. Als sich Fluktuation bildete wurde inzidiert, die Temperatur fiel jedoch nicht wegen einer sich nun anstellenden Schwellung und Schmerzhaftigkeit im mittleren Drittel des rechten Oberschenkels. Arg. colloid. in ½% Lösung wurde subkutan injiziert, worauf nach sechs Tagen Heilung eintrat. Im Eiter wurden Colibazillen gefunden. Eine spätere Geburt ging normal vor sich. Als aetiologisches Moment dienen Trauma, Infektion und Tuberkulose.

H. Thomson: «Ueber Torsion von Tubengeschwülsten». (Nr. 6).

Kasuistischer Fall: faustgrosser Tumor, ein Sactosalpinx, war 1½ mal torquiert.

W. Brandt: «Decidua menstrualis». (Nr. 6).

Bei einer 39-jährigen Frau geht seit Jahren am 5. Tage der Regel ein Schleimhautstück als Abguss der Uterushöhle oder in Stücken ab, Pat. hat nie an Blutungen gelitten und vier mal geboren.

Das Stück ist 2—4 Mm. dick. Das Oberflächenepithel ist zum Teil erhalten, zylindrisch oder kubisch, von der Oberfläche gehen Drüsen, sich kaum verzweigend in die Tiefe, die Epithelien der Drüsen sind kubisch bis hochzylindrisch in allen Formen. Das Stroma ist fein retikulär mit grossen Zellen in Zügen angeordnet oder kleinen, mehr dem Verlauf der Gefässe folgenden zerstreuten Zellen.

Lingen.

Wratschebnaja Gaseta. (Aerzte-Zeitung).
1906. Nr. 16—30.

Wasserthal (Karlsbad): «Pollakiurie bei Leberzirrhose». (Nr. 16).

Pat. von 48 Jahren mit Anzeichen von Leberzirrhose zeigte die Erscheinungen einer stark ausgesprochenen Pollakiurie, d. h. er war genötigt alle 15—20 Minuten zu urinieren, was ihn besonders in der Nacht belästigte. Dabei der Blasenbefund vollständig normal, keine Prostatahypertrophie, keine übernormale Mengen von Harnsalzen. Von der sog. «irritable bladder» unterschied sich der Zustand insofern, als die Blase ohne Beschwerden eine Anfüllung mit 150—200 Cbcm. indifferente Flüssigkeiten (Borlösung) vertrug. Autor nimmt an, dass gewisse noch unbekannte, von der Zirrhose herrührende, Harnbestandteile die Reizerscheinungen hervorrufen.

Th. Sarzyn: «Ueber Operationen an eingeklemmten Därmen». (Nr. 16).

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Nur starke Herzschwäche berechtigt zu zweizeitiger Operation mit Anlegung einer künstlichen Kotfistel. 2) Von allen radikalen Operationsmethoden bei gangraenösen Darmstücken verdient die Resektion den Vorzug. 3) Da die lokale Anästhesie bei der Operation der eingeklemmten Hernien allen Anforderungen entspricht, ist die Narkose nur in Ausnahmefällen anzuwenden.

L. Wolpjan: «Osmotischer Druck und elektrische Leitungsfähigkeit der Kemmernschen Quellen und Moorbäder». (Nr. 14, 15, 16).

I. Troitzki: «Ueber Komplikationen von Seiten der Ovarien bei epidemischer Parotitis der Kinder». (Nr. 17).

Die im Gefolge der Parotitis auftretende Oophoritis ist bei kleinen Mädchen nach Angaben Verf. nicht selten und könnte vielleicht, nach Ansicht des Verf. eine der Ursachen weiblicher Sterilität sein.

S. Serkowski: «Die Harnkoeffizienten». (Nr. 17).

Auf Grund von 5652 Harnanalysen, ausgeführt im Laboratorium von S. (Lodz) hat Verf. eine statistische Zusammenstellung der Ergebnisse vorgenommenen. Es wurden bestimmt 1) der osmotische Koeffizient (Kryoskopie), 2) das Verhältniss der Aetherschwefelsäure zum Indikan, 3) das Verhältniss des Indikans zum oxalsauren Kalcium, 4) der Poehl'sche Koeffizient (Verh. der Phosphorsäure zu den sauren phosphorsauren Salzen), 5) Der Zerner'sche K. (Verh. der Harnsäure zu den sauren phosphorsauren Salzen), 6) Der Zülfer'sche K. (das Verh. des Stickstoffs zu der Phosphorsäure), 7) Das Verhältniss des N zu den schwefelsauren Salzen, 8) der Bouveret'sche K. (Verh. des Harnstoffes zu den Chloriden). In einzelnen Fällen werden noch die Koeff. von Lépine, Baumann-Morax, Brouardel, Robin und Bouchard untersucht.

Es ergab sich, dass die normalen Schwankungsbreiten ungeheuer gross sind, (was im Allgemeinen gegen die praktische Verwertbarkeit der K. spricht).

K. Saposchkow: «Ueber Verbesserung der ärztlichen Hülfeleistungen in den Landschaften». (Nr. 17 u. 18).

I. Schwetz: «Ueber das Vorkommen und den Nachweis von Spirochaeta pallida bei syphilitischen Erkrankungen der Mundhöhle». (Nr. 18).

S. weist auf das Vorkommen von Spirochaeten bei verschiedenen Mundaffektionen hin, die der Sp. pallida zum Verwechseln ähnlich sind.

A. Reipolski: «Ein Fall von Farnkrautvergiftung und der Wert der Kochsalzinfusionen bei Vergiftungen». (Nr. 18).

M. Konoplew: «Ein Fall von Milzbrand, behandelt mit grossen Dosen von Karbolsäure». (Nr. 18).

M. Saussailow: «Ueber Fehler bei der gerichtlich-medizinischen Expertise von Eisenbahnunfällen». (Nr. 19).

P. Straicher: «Ein Fall von Ovarialcyste, kompliziert mit Gravidität und chronischer hyperplastischer Netzentzündung». (Nr. 19).

A. Werekundow: «Langes Verweilen eines Fremdkörpers in der Augenhöhle». (Nr. 19).

Ein ins linke Auge eingedrungener Holzsplitter kam erst nach 6 Wochen soweit an die Oberfläche, dass er entfernt werden konnte. Volle Heilung.

I. Troitzki: «Allgemeine Prophylaxe der Rhachitis». (Nr. 20, 21).

Allgemeine hygieinische Massnahmen, wie Trockenlegung von Sümpfen, grösste Sauberkeit in den Städten, bessere Wohnungsverhältnisse für die Armen, Armenküchen, Schonung der Schwangeren und Befreiung derselben von schwerer Arbeit, Abschaffung des Ammenwesen, das den Kindern des Armen die natürliche Nahrung entzieht, Kinderheime, Versorgung der ärmeren Volksklassen mit guter Milch und der Mütter mit unentgeltlicher ärztlicher Hülfe etc., sind die Bedingungen, die Autor zur Vorbeugung der Rhachitis für nötig findet.

I. Neistab: «Ein Beitrag zur Lehre von Herzklappenfehlern». (Nr. 20, 21).

Die wichtigsten Ergebnisse der Beobachtungen an 248 Herzkranken waren folgende:

Die Bedeutung des Alkoholismus, Tabaks, der Arteriosklerose war bei den Kranken N.'s geringer, als es sich nach den Angaben der namhaftesten Kliniker erwarten liess. Dasselbe gilt von Infektionskrankheiten und Gelenkrheumatismus und der Vererbung.

Weder die Art der Beschäftigung, und die Lebensweise, noch äussere Verhältnisse sind von Bedeutung bei der Entstehung der Herzfehler. Mit Herzfehlern behaftete Frauen leiden besonders selten an Frauenleiden. Schwangerschaft und Wochenbett verursachen sehr häufig Kompensationsstörungen. Lungenleiden und Krankheiten der Pleura finden sich selten bei Herzkranken. Mitralinsuffizienzen treten vorwiegend bei Frauen im Alter von 21—40 Jahren auf, Aortenfehler und Kombinationen verschiedener Klappenfehler unabhängig von Geschlecht und Alter. Herzfehler treten in der Mehrzahl der Fälle unabhängig von anderen Organerkrankungen auf und bewahren sogar den Organismus vor anderen Erkrankungen verschiedenen Ursprungs.

S. Twerdowski: «Zwei Fälle von Kaiserschnitt bei relativer Indikation». (Nr. 21).

Beide Fälle verliefen günstig für Mutter und Kinder. Es handelte sich um eine II und eine IV-para. Eröffnung des Uterus durch Längsschnitt, geringe Blutung, sodass Anziehen der um das Kollum gelegten elastischen Binde nicht nötig war.

S. Souchanow: «Ueber Alkoholmelancholie». (Nr. 23).

Es lassen sich 3 Kategorien unterscheiden: 1) eine Alkoholmelancholie, die zur Gruppe der kombinierten Psychosen hinzuzurechnen ist, 2) eine Art der Alkoholmelancholie, bei der während des melancholischen Anfalles Drang zum Gebrauch alkoholischer Getränke besteht. 3) Periodische Trunksucht mit vorhergehenden Unlustgefühlen.

L. Wolpjan: «Osmotischer Druck und elektrische Leitungsfähigkeit der Quellen und Moorbäder von Staraja Russa». (Nr. 21, 23, 36).

Die Wässer in S. R. verlieren beim Uebergang aus der Erde in die Wannen weniger von ihrer osmotischen Energie, wie die der Kaukasischen Quellen. Der osmotische Druck bei Temperatur 0 schwankt zwischen 11,93—13,071 Athmosphären. Die Wässer von S. R. sind stark hyperisoton im Gegensatz den hypisotonen von Kemmern. Die molekulare elektrische Leitungsfähigkeit schwankt zwischen 43,59—44,45 Ohm (in Kemmern 56,02—58,03).

G. Genter: «Drei Fälle von Missbildungen der weiblichen Genitalien». (Nr. 22).

Uterus didelphys c. vagina; Uterus bicollis c. cornu rudimentario et Vagina septa completa; Vagina partim septa rudimentaria.

S. Segal. «Einiges aus der ophthalmologischen Praxis».

W. Terebinski: «Ueber den therapeutischen Wert des Ektogans». (Nr. 22).

T. fand das Mittel wenig wirksam, ausserdem ist es sehr teuer.

W. Geinatz: «Ueber die quantitative Bestimmung der Röntgenstrahlen zu therapeutischen Zwecken». (Nr. 22).

G. Wolkenstein: «Zur Frage der künstlichen Kinderernährung». (Nr. 23).

Literaturangabe.

A. Werekundow: «Primäre traumatische Perikarditis» (Nr. 24).

H. Eckstein: «Paraffininjektionen und Implantationen bei Nasen- und Gesichtsplastiken». (Nr. 25, 26).

Verf. tritt für Anwendung härteren Paraffins zu den Injektionen um mit einem Schmelzpunkt bei etwa 40°. Dieses schliesst die Gefahr einer Lungen-Embolie aus und giebt eine bessere Prothese.

M. Kersnowski: «Ueber die chirurgische Tätigkeit des Stadtkrankenhauses von Polotzk in den Jahren 1903—05». (Nr. 26).

W. Burlakow: «Prof. Ribbert's Kritik der Zellularpathologie». (Nr. 25, 26, 27).

N. Zjablow: «Einige Bemerkungen über Eklampsie». (Nr. 26, 27).

S. Mirotworzew: «Ein Fall von Hauttransplantation als Ersatz einer Unterschenkelamputation». (Nr. 27).

Entblössung des halben Unterschenkels und der Ferse von der Haut bei einer Verletzung (Fall unter einen Lastwagen). Transplantation eines Lappens vom linken Oberschenkel in zwei Zeiten.

D. Uspenski: «Renale Organotherapie». (Nr. 27).

M. Hirsch: «Ueber die Behandlung der Impotenz». (Nr. 27).

Der internationale Kongress in Lissabon. (Nr. 28).

A. Karnitzki: «Ueber die Form der Herzdämpfung bei Perikarditis bei Kindern». (Nr. 29, 30).

Birnenförmig oder unregelmässiges Dreieck.

A. Grigorjew: «Ein Fall von Ruptur des Bruchsackes». (Nr. 29).

11 Jahre lang bestehende Bauchhernie platzte bei schwerem Stuhlgang. Operation. Vollständige Heilung.

W. Schiele.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenh. Pr. №15.

Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften.

№ 10. Beilage zur „St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift". 1906.

RUSSISCHE MEDIZINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Chirurgija (Chirurgie).
Detskaja Medizina (Kinderheilkunde).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Odontologitscheskoje obosrenje (Odontologische Rundschau).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Pharmazewt (Pharmazeut).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i weneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt).
Ssowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Ssowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski Shurnal. (Militär-Medizinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).

Russki Chirurgitscheski Archiw (Russisches Archiv für Chirurgie.) 1905, Heft 3—6.

Th. Butkewitsch. «Ueber Neubildungen der Speicheldrüsen».

A. Hagmann: «Diagnostische Bedeutung der Ureterenkatheterisation, des apparten Sammelns von Urin aus jeder Niere und der Funktionsprüfung der letzteren».

19 Fälle werden mitgeteilt und kritisiert. H. hält das Katheterisieren der gesunden Niere für wichtiger, als das der Kranken.

N. Pereschiwkin: «Die Diagnostik der Nierensteine vermittels Röntgenographie».

6 Fälle werden mitgeteilt, in denen es gelang die Diagnose vermittels X-strahlen zu stellen.

K. Jessipow: «Ueber die Bedeutung der prophylaktischen Marlytampons bei der Laparotomie».

P. Kusnetzki und D. Kusnetzki: «Ein Fall von einem gutartigen Beckentumor von ungeheurer Dimension».

Der Tumor wog 9200 Gr. Als Fibromyoma uteri diagnostiziert, erwies es sich als exzentrisch der hinteren Blasenwand herauswachsendes Myom; die Basis des Tumors hatte einen Durchmesser von 9 Cm. Exstirpation mitsammt dem entsprechenden Blasenwandabschnitt in toto. Heilung per primam.

S. Aleksinski: «Zusammenstellung der in den letzten 1½ Jahren (September 1903—Dezember 1904) in der Moskauer chirurgischen Klinik operierten Appendizitis-Fälle».

9 Fälle mit freiem Appendix, 33 Fälle mit kleineren und grossen Adhäsionen, 18 Fälle mit eitrigem Infiltrat oder Abszessbildung. Operiert wurde womöglich en froid. Operationsmethode: Hautschnitt parallel dem Poupartschen Bande, dann wird am äusseren Rande die vordere Wand der Rektusscheide in der Richtung des Faserverlaufes durchtrennt, der Muskel beiseits geschoben und dann die Bauchhöhle durch die hintere Wand der Scheide eröffnet. Geschlossen wird die Wunde mit 3 Etagen-Naht:
die erste: Peritoneum + hintere Rektusscheidenwand,
die zweite: vordere Scheidenwand + Obliquusaponeurose,
die dritte: Hautnaht.
Kein Todesfall ist zu verzeichnen gewesen. 38 Fälle sind unter Kokainanaesthesie operiert worden und tritt A. warm für diese Methode ein. Zur Orientierung über weitere 150 in den vorhergehenden Jahren operierte Fälle weist A. auf die Arbeit von Dr. G. Baradulin hin.

S. Fedorow: «Ueber die entzündlichen Erkrankungen der Gallenblase (Cholecystitis)».

An der Hand von 15 einschlägigen Fällen giebt F. einen kurzen Ueberblick über die Aetiologie der Erkrankung, Indikation zu chirurgischen Eingriffen und Methode des Eingriffs. Im akuten Anfall will er, analog der Appendizitis, bei schnell zunehmenden Intoxikationserscheinungen und falls der Tumor sich nicht verkleinert, operiert wissen, sonst ist er für die Operation im Intervall. Von den 4 gebräuchlichen Operationsmethoden (Cystotomie, Cystektomie, Cystostomia, Cystectomia partialis) giebt er keiner den Vorzug und will er jeden Fall scharf individualisiert angefasst wissen. In der Drainage des Ductus hepaticus nach Kehr sieht er weniger einen Weg zur Entfernung restierender Konkremente, als vielmehr ein Mittel vermittelst längeren Offenhaltens der Fistel den Entzündungsprozess zur Abheilung zu bringen; er hat nie sogar nachweislich nachgebliebene Konkremente durch die Drainage sich entfernen gesehn. Die Fistel muss solange offen gehalten werden, bis klare orangegelbe Galle ohne jegliche Schleimbeimengung abgeht.
Falls eine verheilte Fistel sich wieder öffnet, so ist das nach F. ein sicheres Diagnostikum für restierende Steine.

K. Sserapin: «Ueber fibröse Endostitis und intrakostale sarkomartige Geschwülste bei den nicht puerperalen Formen der Osteomalacie».

N. Petrow: «Einige Fälle von Meningocele».

Zu den von Lissenkow gesammelten 85 operierten Fällen fügt P. noch weitere 61, teils eigene, teils aus der Litteratur gesammelte, hinzu. Die absolut schlechte Prognose der Operation der vorderen Hirnbrüche mit grösserem Knochendefekt, veranlasst P., aus theoretischen Erwägungen, den Vorschlag zu machen, letztere analog den Leistenhernien zu operieren, d. h. nicht, wie bisher das Heil zu suchen in der äusseren Schliessung des Defektes sondern darin, die innere Oeffnung des Knochenkanals zu schliessen und zwar vermittels Heteroplastik. Von der Möglichkeit der Operation, was die technische Seite betrifft, hat er sich an der Leiche überzeugt.

N. Rudnew: «Ein Fall von traumatischer Hernie in der Leistengegend».

W. Bogoljubow: «Cysten der Epiglottis».

Beschreibung eines einschlägigen Falles und Sammlung der Kasuistik.

A. Menschikow: «Ueber intraperitoneale Blasenruptur».

2 Fälle mit glücklichem operativen Ausgang werden mitgeteilt.

F. Bose: «Ueber Defektschluss der männlichen Uretra».

M. Kusnezow: «Ueber die Behandlung der Elephantiasis Arab. vermittels keilförmiger Exzision».

A. Arapow: «Ueber subperiostale Amputation nach Neudörffer».

A. tritt warm für diese Operationsmethode, wie früher Wanach 1896 und Missenbach 1898 ein.

S. Sacharow: «1 Fall von Extraktion von 61 Gelenkkörperchen aus dem Kniegelenk».

N. Solowjew: «1 Fall von Luxatio halucis sin. nach aussen».

N. Stadnitzki: «Ueber Varianten der Zweige des Aortenbogens. (Anomaler Abgang der Art. subclavia dextr.)».

1906, Heft I.

A. Wedenski: «Die Bedeutung des Hülfapparates der Unterschenkelstrecker bei Verletzung der letzteren».

W. kommt zu folgenden Schlüssen: die Sehnen der Mm. vastus medialis, lateralis und tensor fasciae latae sind die Hauptrepräsentanten des Hültapparates für die Strecker des Kniegelenkes und übernehmen bei Verletzungen eine vikarierende Rolle. Bei Verletzung des Lig. patellare ist Frühoperation indiziert und lang anhaltender Gypsverband zu vermeiden.

A. Juergeljunas: «Zwei Fälle von Tumoren der Thoraxweichteile».

P. Poper: «Zur Kasuistik der abgeklemmten Rückenmarkshernien in der Kreuzsteissbeingegend».

N. Trinkler: «Zur Technik der Rektumexstirpation bei Krebserkrankungen».

T. proponiert als Modifikation der Kraske'schen Operation bei hochsitzendem Karzinoma (praeventiv ist ein Anus praeternaturalis anzulegen) nach erfolgter Amputation des unteren Rektumabschnittes das restierende Ende blind zu vermachen. Der Blindsack hat keine schlechten Folgen gezeigt und atrophierte in einem Falle sichtlich. T. will diese Methode nur für schwerste Fälle reserviert wissen.

B. Wertel: «Resectio lienis».

38-jährige Nonne. 5 Jahr ante operationem fiel Patientin eine Treppe hinunter, seitdem Schmerzen in der linken Seite, seit einem Jahr bemerkt sie, dass der Leib sich vergrössert, in den letzten 3 Monaten sogar rapid. In der Jugend kurzdauernd Malaria gehabt. Sehr blutarm. In der linken Hälfte des Abdomens prallelastischer Tumor von mehr als Mannskopfgrösse, nach innen reicht er bis zur Linea alba, nach unten fast ins Becken, nach oben verschwindet er allmählich unter den Rippenbogen. Da in der Gegend häufig Echinokokkus vorhanden, wird die Diagnose auf Echinokokkus lienis gestellt. Bei der Operation fand man die Milz stark vergrössert, in deren unterem Abschnitt, von Milzgewebe bedeckt, ein kugeliger Tumor, der obere Abschnitt der Milz erwies sich als normal.

Resektion des Tumors mit dem Skalpell, Blutstillung manuell mit nachfolgender Matratzennaht. Der Tumor erwies sich als Blutcyste. Postoperativer Verlauf mit kleinen Temperatursteigerungen infolge Nahtabszess und 4-maligem Hinaufschnellen der Temperatur, das Verfasser auf die durchgemachte Malaria bezieht (Plasmoidenuntersuchung nicht gemacht? Ref.). Pat. wird ausgeschrieben in wesentiich gebessertem Zustande.

D. Gorochow: «Die tuberkulöse Coxitis bei Kindern».

30,6 pCt. der tuberkulösen Knochenerkrankungen beansprucht G. für die Coxitis nach dem Material des Moskauer Sophien-Kinderhospitals. $^{2}/_{3}$ der Kinder waren älter als 5 Jahre. Aetiologisch wird in 18,4 pCt. (16 von 87 Kindern) ein Trauma als Ursache angegeben. Schwerer verlief die Affektion bei Knaben, als bei Mädchen. In 17 Fällen wurde das Hüftgelenk reseziert. Als Indikation zur Resektion gilt G., wie ziemlich allgemein die Regel, Verschlechterung des Allgemeinbefindens mit erhöhter Temperatur und Verstärkung der Schmerzen und unaufhörliche reichliche Eiter- und Fistelbildung. Sonst hat G. konservative Behandlung Fixation + Extension und roborierender Diät, sowie Schaffung günstiger klimatischer Verhältnisse (Sonne), gute Resultate erzielt.

W. Jarowitzki: «Primärer Krebs des Amputationsstumpfes des linken Fusses».

A. Worobjew: «Zur Aetiologie und Anatomie der traumatischen, resp. künstlich hervorgerufenen Leistenhernien».

W. fügt der geringen Kasuistik über künstlich absichtlich hervorgerufene Leistenhernien weitere 7 durch Operation bestätigte Fälle hinzu, die einige wichtige Fingerzeige zur Diagnose geben. In wieweit die Fälle einwandsfrei überzeuge man sich in der Originalarbeit.

W. v. Ungern.

Russki Shurnal koshnych i weneritscheskich bolesnei. (Journal für Haut- und Geschlechtskrankheiten). 1906. Nr. 1—4.

W. Terebinski: «Das multiple benigne Sarkoid der Haut. (Boeck). (Benignes Miliar-Lupoid)».

Mitteilung der Krankengeschichte einer 30-jährigen, nicht belasteten Patientin. Das Leiden bestand seit 3 Jahren. Befallen waren die oberen Extremitäten, Hals, Gesicht und Rumpf. Deutliche Besserung unter Arsengebrauch. Schlussfolgerungen:

1) Es ist wünschenswert eine besondere Gruppe der «sarkoiden Geschwülste oder Sarkoide» abzutrennen, in welche die Krankheiten mit unbestimmtem pathologisch-anatomischem Charakter aufzunehmen wären.

2) In Folge ihrer pathologisch-anatomischen Unbestimmtheit müssen die sarkoiden Geschwülste vom Typus Boeck zunächst noch den Sarkoiden Spiegler's und Joseph's zugerechnet werden, obgleich sie histologisch nicht übereinstimmen.

3) Bei dieser Erkrankung können die befallenen Lymphdrüsen dasselbe pathologisch-anatomische Krankheitsbild, wie die Haut, darbieten. Es ist nicht wenig Grund vorhanden in diesen Veränderungen ausschliesslich Tuberkulose zu sehen.

4) Klinische Beobachtung und Untersuchung bestätigen nicht die Annahme einer ausschliesslichen Abhängigkeit der Hautaffektion von der Erkrankung der Lymphdrüsen, in denen nach der Meinung Boecks das schädliche Agens enthalten sein soll.

5) Arsentherapie ist gut, doch spielt der Allgemeinzustand des Pat. und seine therapeutische Beeinflussung eine noch wichtigere Rolle.

Ein ausführliches Litteraturverzeichnis und 2 Tafeln sind der fleissigen Arbeit beigegeben.

W. Barabaschew: «Echinokokkus des Auges».

24-jähriger Patient. Die Kapsel des Echinokokkus war fest mit dem Bulbus und der oberen Orbitalwand bis zum Foramen optic. verwachsen. Reaktionsloser Verlauf.

W. Iwanow: «Ueber die Wirkung des Radiums auf die gesunde menschliche Haut».

Es wurde von 15 Min. bis 20 Stunden belichtet. Die Schlussfolgerungen der interessanten histologischen Untersuchungen werden noch mitgeteilt werden.

W. Diedrichson: «Ein Fall von Cerebrospinalsyphilis während der Sekundäreruption».

$2^{1}/_{2}$ Monate nach der Infektion bei bestehendem papulösem Syphilid deutliche meningitische Symptome: ungleiche Pupillen, Diplopie, Sprache behindert, Schwäche in den unteren Extremitäten, Intentionszittern, spastisch-paralytischer Gang, Steigerung der Reflexe, Romberg'sches Symptom. Der Fall war schon einige Zeit mit Injektionen behandelt worden.

W. Kudisch: «Eine Reihe von Tripperfällen bei Kindern».

5 Fälle ohne Besonderheiten.

K. Jegorow: «Zur Kasuistik der malignen galoppierenden Syphilis».

4 Wochen nach der Infektion bekam Pat. einen heftigen Malariaanfall und unmittelbar nach demselben trat eine Roseolaeruption auf, an die sich nach einigen Tagen Papeln und Pusteln anschlossen. Pat. war sehr heruntergekommen. Injektionen von Hg. salicylic. und Wannen brachten in einigen Monaten Besserung zuwege. Nach einem erneuten schweren Malariaanfalle Auftreten von gummösen Infiltraten, die auf Zittmann zurückgingen.

Verf. hält in diesem Falle den schweren Verlauf der Syphilis für bedingt durch Alkoholismus des Vaters vom Pat. und des Pat. selbst, sowie durch das Vorhandensein der Malaria.

A. Tscherkasski: «Ein Fall von multipler tiefer syphilitischer Rupia».

140 Efflorescenzen mit typischem Aussehen. Zittmann wurde nicht vertragen. Heilung unter Injektionen von Hg salicylic.

M. Boikow: «Schattenseiten der Radiotherapie — lokale und entfernte neoplastische Adenopathie.

Der Fall ist nicht einwandsfrei, da eine Lues bei der Pat. nicht auszuschliessen war.

W. Kudisch: «Ein Fall von hereditärer Syphilis mit Befallensein der Epididymis — sog. sekundäre Epididymitis».

Ein Monat nach der Geburt. Promptes Zurückgehen auf Calomel.

Wichert.

Russki Wratsch (russischer Arzt). NNr. 16—25. 1906.

H. Gabrischewski: «Scharlachvaccine und die Frage über die Spezifität des Scharlachstreptokokken». (Nr. 16).

G. verfügte die Scharlachvaccine erst an sich selbst und darauf an Kranken. Dieselbe ist eine eingedickte Bouillonkultur von Streptokokken, welche von Scharlachkranken genommen und durch Erhitzen auf 60° C. getödtet werden unter nachherigem Zusatz von 0,5 pCt. Karbolsäure. In jedem Cct. sind 0,02—0,03 Cct. eines Niederschlages der Bakterienmasse enthalten, welcher sich durch starkes Zentrifugieren bildet. 0,02 Cct. eines solchen Zentrifugats entspricht 0,005 gr. des Trockenrückstandes.

Die Vaccine wird nach vorherigem gründlichen Schütteln zur Erlangung einer gleichmässigen Trübung ins Unterhautzellgewebe des Bauches oder Rückens zuerst zu 0,5 gr. (für Kinder von 2—10 Jahren), darauf aber in Intervallen von 7—10 Tagen noch 2 mal eingespritzt, wobei die Dosis jedesmal um 1½—2 mal vergrössert wird je nach der Reaktion. Bei erhöhter Körpertemperatur wird die Vaccine nicht injiziert. Die Anwendung derselben an mehr als 700 Kindern verschiedenen Alters hat gezeigt, dass sich die immunisierende Wirkung augenscheinlich bewährt. Ausserdem hat noch Langhof darauf hingewiesen, dass in 13,3 pCt. der Fälle sich nach der Injektion ein feiner punktförmiger Ausschlag bildet, doch ohne nachfolgende Schilferung; auch Erbrechen ist beobachtet worden.

J. Hagen-Torn: «Die Anwendung der Lumbalpunktion bei epidemischer zerebrospinaler Meningitis». (Nr. 16).

Mitteilungen zweier Fälle, bei denen Lumbalpunktion ausgeführt wurde. Beide mal ergaben die Kulturen die Weichselbaum-Jäger'schen Diplokokken.

H. ist der Ansicht dass die Lumbalpunktion der Kranken Erleichterung schafft, wenn auch nur eine zeitweilige, keinen Schaden zufügt und als gutes diagnostisches Mittel dieser Krankheit dient.

S. Poggenpol: «Zur Lehre über die akute Leukämie». (Nr. 16).

Es handelt sich um einen 15-jährigen Bauern, welcher nach 5wöchentlicher Krankheit zu Grunde ging. Die Blutuntersuchung ergab ein Verhältniss der weissen zu den roten Blutkörperchen wie 1:27; der Haemoglobingehalt nach Gowers 68 pCt. Unter den weissen Blutkörperchen prävalierte bedeutend grosse einkernige und kleine Lymphozyten, die Zahl der mehrkernigen war stark herabgesetzt.

J. Klimow: «Eine neue klinische Methode zur Untersuchung von blutigem Harn». (Nr. 16).

W. Arnoldow: «Pigmente des roten Kohl und der roten Apfelsinen als Indikator». (Nr. 17).

W. Alexandrow: «Zur Frage der Behandlung der arteriell-venösen Aneurysmen traumatischen Ursprungs». (Nr. 17).

Beschreibung von 3 Fällen, die von Fedorow nach der Sim'schen Methode operiert worden sind. Alle ergaben ein günstiges Resultat; die beste Garantie für die Lebensfähigkeit der Glieder ist die Messung des Blutdruckes.

N. Kirikow: «Bemerkungen zur Frage über die Magenverdünnung bei ikterischen Erkrankungen». (Nr. 17—19).

M. Abelmann: «Beobachtungen über vertikale Albuminurie». (Nr. 17).

Obgleich in der letzten Zeit die Kasuistik der zyklischen Albuminurie sehr wertvolle Bereicherungen erfahren hat, so bleibt doch das Wesen der Krankheit an sich ein unklares. A. beobachtete ein 14-järiges Mädchen, welches ausser einem Kropf, der von Jugend auf bestand, keine pathologischen Symptome aufwies.

Der Urin, welcher gesammelt wurde, so lange das Mädchen im Bett lag, war frei von Eiweiss, kaum erhob sie sich aber und ging herum, so war Eiweiss vorhanden.

Es war also zweifellos, das die Blutzirkulation in den Nieren bei dem Uebergange aus der horizontalen in die vertikale Lage eine Aenderung erfuhr, welche sich nicht vollständig analysieren liess, aber in der Arbeitsfähigkeit der Nieren wie z. B. der Ausscheidung der Chloride, zu konstatieren war. Die Menge der ausgeschiedenen Chloride war bei horizontaler Lage der Kranken grösser, als bei vertikaler und stand fraglos in Beziehung zur Eiweissausscheidung; Der Blutdruck nahm nach dem Aufstehen der Patientin stets ab. — Da hier alle anderen pathologischen Momente ausgeschlossen werden konnten, so bleibt als einzige Möglichkeit dieser Erscheinung nur die unnormale Innervation der Vasomotoren übrig.

V. Tomaschewski: «Zur Technik der Stauungshyperämie». (Nr. 17).

Beschreibung des von T. vervollkommneten Apparates Koslowskis.

M. Marmorstein: «Zur Frage über die akute Herzerweiterung». (Nr. 17).

Beschreibung zweier Fälle von akuter Herzerweiterung, die M. als Arzt des roten Kreuzes während der Unordnungen in Odessa zu beobachten Gelegenheit hatte. Bei beiden war eine deutliche Vergrösserung der Herzgrenze um 2 Cent. zu konstatieren, Puls 140 und 158.

Am nächsten Tage waren sämmtliche Erscheinungen geschwunden.

S. Timaschew und Th. Romanow: «Ein Fall von zahlreichen verkalkten Knoten im Unterhautzellgewebe und in der Haut». (Nr. 18).

In die Kinderklinik der Tomsker Universität trat ein 8-jähriger Knabe ein, der an verschiedenen Stellen des Körpers im Unterhautzellgewebe und in der Haut Knoten von Stecknadelkopf- bis Hühnereigrösse aufwies.

Die genaue mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um Tumoren handelte, welche am meisten zu den in der Litteratur beschriebenen Fällen von verkalkten Epitheliomen und Endotheliomen passten, von denen zuerst Profichet 1900 ein übersichtliches Bild gegeben hat. Doch waren in diesem Falle einzelne Besonderheiten vorhanden, die weder Profichet, Wildholz noch Lewandowski erwähnen, nämlich: Anwesenheit von Knochen in einem der Knoten, Anwesenheit von Zerfallsprodukten der roten Blutkörperchen innerhalb den Kalkmassen in den Alveolen, eine grosse Menge kleiner und beträchtliche Verengerung einzelner grösserer Arterien in der Nachbarschaft der Knoten, nestförmige Verkalkung des Unterhautfettgewebes.

Während des 78-tägigen Aufenthaltes in der Klinik wurde eine Besserung des Allgemeinzustandes konstatiert. Appetit und Körpergewicht nahmen zu. Die Knoten wurden in verschiedenen Intervallen exstirpiert, die Wunden heilten stets per primam.

A. Rubel: «Funktionelle Ruhe der Lunge und Koordination der Atembewegungen bei der Lungenschwindsucht». (Nr. 18, 20, 21, 23).

Die Hauptschlüsse, die R. aus seiner Arbeit zieht sind folgende: 1) Die Herabsetzung der funktionellen Tätigkeit des erkrankten Herdes (relative funktionelle Ruhe desselben) ist eine unbedingte Erforderniss für den günstigen Verlauf der Schwindsucht. 2) Diese funktionelle Ruhe wird erreicht durch spezielle Uebung einer Reihe von Atmungsmuskeln. 3) Eine Unterstützung derselben erlangt man durch besondere Koordination des Atemzentrums, von R. coordinatio necessitatis bezeichnet. 4) Diese Koordination ist bei Schwindsüchtigen meistens wenig widerstandsfähig, deshalb soll die Hauptaufgabe des Arztes bei der Behandlung die Phthisis sein durch Uebung des Atemzentrums die Widerstandsfähigkeit der coordinatio necessitatis bis zu der einer physiologischen zu haben.

N. Langow: «Beobachtungen über die Wirkung der Scharlachvaccine». Nr. 19).

Die im Kinderhospital der Hl. Wladimir in Moskau ausgeführten Versuche wurden an Kindern vorgenommen, die ihrer Krankheit nach zu urteilen längere Zeit im Hospital verbleiben sollten, um sie vor der Infektion mit Scharlach zu schützen. In 68,3 pCt. der Fälle beobachtete man folgendes Bild: 4—8 Stunden nach der Infektion stieg die Temperatur um 0,3—0,8° an, selten erhob sie sich über 38°. Nach 24 Stunden stellten sich Schmerzen um Rötung um die Einstichsöffnung ein, welche einen Diameter von ca. 15 Cent. hatte und 1—3 Tage anhielt. Nach der 2. Injektion waren die Erscheinungen geringer und nach der 3. fehlten sie ganz. Die Injektionen wurden in wöchentlichen Intervallen vorgenommen. Das Resultat war ein befriedigendes.

Th. Geissler: «Zur Symptomatologie der Trombose der Art. mesentericae». (Nr. 19).

Der Fall endete letal. Eine Sektion fand nicht statt.

N. Antonow: «Zur Bildung von Kreatinin durch Bakterien». (Nr. 19).

W. Gerassimow: «Buttermilch als Heil- und Nährmittel». (Nr. 19, 20).

Die Resultate, die durch Buttermilch erzielt wurden, waren durchaus günstige. Bei Koliken und Dyspepsieen schwanden die unverdauten, mit Schleim vermengten Ausleerungen in 1—2 Tagen und nahmen die für Buttermilch charakteristische gelbgraue Färbung an und wurden fester. Zugleich verschwand der Schleim, hörten die Koliken auf und nahm die Aufgetriebenheit des Leibes ab.

A. Fawitzki: «Ueber wichtige diagnostische Bedeutung einzelner auskultatorischer Ergebnisse bei der Abgrenzung der Pneumonie von der exsudativen Pleuritis». (Nr. 20).

Enthält nur Bekanntes.

F. Bukoewski: «Zur Pathologie der tuba Fallopi». (Nr. 20).

In der Odessaer Frauenklinik wurde von Orlow einer 42-jährigen Frau der myomatöse Uterus supravaginal amputiert und zugleich die veränderten Tuben entfernt. Von besonderem Interesse ist die knotenförmige Verdickung des uterinen Endes der Tube, die einen Umfang von 14,5 Cent. aufweist. Diese Verdickung, konisch sich verengernd, bei einem Längsdurchmesser von 4,5 Cent. giebt eine Fortsetzung der Tube von 2 Cent. von Fingerdicke. Darauf beginnt eine zweite Verdickung der Tube, welche in einen Hydrosalpinx übergeht.

Im verdickten uterinen Ende der Tube springen 5 Knoten vor, von der Grösse einer Nuss. Die Durchgängigkeit der Tube war in diesem Teil erhalten. Die Knoten bestanden aus fibrösen und glatten Muskelgewebe, doch war letzteres nur in geringem Grade ausgebildet.

N. Strashesko: «Zur Frage über die Adams-Stoke'sche Krankheit». (Nr. 20 u. 21).

Genaue Beschreibung eines Falles, eine 29-jährige Bäuerin betreffend. Die Zahl der Pulsschläge betrug 20—25 in der Min. und zeitweilig, — ungefähr in Intervallen von 12—15 Min. — verschwand derselbe überhaupt vollständig und wurde darauf wieder regelmässig. Trotz des Aussetzens des Pulses verlor die Patientin die Besinnung nie, sondern klagte nur über Schwindel und Druck in der Herzgegend. Das Atmen erinnerte an das Cheyne-Stokes'sche, zeitweilig bestand vollständige Apnoe, welche 28—30 Sekunden dauerte.

Der ganze Symptomkomplex ist wohl unzweifelhaft abhängig von einer Erkrankung des Herzens, welches von normaler Grösse war, und auf dessen Ostien ein leichtes systolisches Geräusch und Akzent des 2. Tones zu vernehmen war; nur im 3. Interkostalraum links war ein diastolisches Geräusch zu hören. Welchen Charakters die Veränderung im Herzmuskel war, ist schwer zu sagen, da es kaum anzunehmen war, dass eine Sklerose der Gefässe vorlag, weil an den peripheren Gefässen auch nicht die geringste Abnormität warzunehmen war.

K. Kardo-Sissoew: «Radium bei verschiedenen Formen des Trachoms». (Nr. 20).

Gebraucht wurde ein Glasrohr mit 10 Mlgrm. Bromradium von der Firma Buehler. Die Radiation wurde alle 2—3 Tage am umgeklappten Lide vorgenommen. Im Ganzen sind auf diese Weise 38 Kranke (68 Augen) behandelt worden und die Resultate waren befriedigende.

N. Batuew: «3 Fälle von Zyklopie des Menschen in Verbindung mit der Entwicklung dieser Missbildung». (Nr. 21 u. 22).

Verf. beschreibt 3 Fälle von Cyclocephalia cum rhinocephalia (salpingorhinia).

W. Parin: «Ueber die pathologisch-anatomischen Veränderungen in den Organen von Tieren nach Vergiftung mit Kokain und Wiederbelebung mit Chloroform». (Nr. 21).

A. Pawlowski: «Beobachtungen und Bemerkungen über Schussverletzungen mit kleinkalibrigen Kugeln im russisch-japanischen Kriege». (Nr. 22).

A. Domernikowa: «Spirochaeta pallida im Lungengewebe bei Pneumonia alba». (Nr. 22).

Das zu untersuchende Präparat hatte 1 Jahr 3 Monate in Spiritus gelegen. Die Sektion des 2-monatlichen Kindes hatte ergeben: Pneumonia alba, verstreute cirrhotische Veränderungen in der Leber und Osteosclerosis syphilitica hereditaria. Die Färbung wurde nach der Methode von Bratidi ausgeführt mit Erfolg. Die Spirochaete erschien nur viel kleiner, was wohl auf das lange Liegen des Präparats in Alkohol zurückzuführen ist.

M. Schtschegolew: «Ueber Leukozytose, ihre heilende Wirkung bei akuten Infektionskrankheiten und die Möglichkeit ihrer Verwertung als diagnostisches Mittel». (Nr. 22).

W. Spasski: Zur Frage über «Ophtalmia hepatica». (Nr. 23).

Genaue Beschreibung der Krankheit eines 42-jährigen Mannes, die S. in der Klinik von Deil (Prag) zu beobachten Gelegenheit hatte. Er schlägt vor, diese Affektion der grösseren Genauigkeit halber als Ophthalmia icterica od. Affectio icterica in oculo zu bezeichnen.

M. Zitowitsch: «Zur Frage über die Atmungs- und pulsatorische Beweglichkeit des Trommelfells». (Nr. 23).

Die Untersuchungen wurden ausgeführt an 116 Personen, und zwar an solchen mit normalem Hörorgane, mit Katarrhen der Tuba Eustachii, Katarrh des Mittelohrs und sekundärer Sklerose. Was die Bewegungsfähigkeit des Trommelfells betrifft, so kam Z. zum Schluss, dass dasselbe sowohl nach aussen, wie nach innen sich bewegen kann und zwar hängt dieselbe vom Druckunterschiede im Nasenrachenraum und Mittelohr, teilweise von der saugenden Wirkung des Luftstromes ab. Die Bewegung des Trommelfells nach aussen wird bedingt durch die Zusammenziehung der Tuba Eustachii in Folge von Muskelkontraktionen, welche den Gaumenbogen heben und die Luft aus der Tuba in die Paukenhöhleherausdräng. Die Bewegung des normalen Trommelfelles beim Atmen wird gemessen durch Verdrängung eines Tropfens im Manometer um $^1/_4$—1 Mlm., die pulsatorische Verschiebung um $^1/_2$ Mlm. Verstärkte Pulsation ist häufig das einzige Zeichen einer verstärkten Hyperaemie des Mittelohrs.

N. Pokrowski: «Zur Kasuistik der Erkrankungen des Wurmfortsatzes». (Nr. 26).

Beschreibung dreier Fälle von Appendicitis simpl. perforativa und gangränosa. Die beiden ersten genasen, der 3. in extremis operierte Kranke starb.

S. Klutschew: «Ein Fall von perferierender Bauchwunde mit Vorfall und Zerreissung der Eingeweide». (Nr. 23).

Eine 75-jährige Frau hatte von einem Stier einen Stoss in den Unterleib erhalten. Trotz Vorfall der Gedärme und starker Verunreinigung derselben vollständig Heilung.

E. Rotmann: «Ueber Glischrurie beim Menschen». (Nr. 24).

Der im Zentralblatt für Bakteriologie» 1904 Nr. 37 beschriebene Fall ist der 4. in der ganzen europäischen Litteratur.

W. Kostenko: «Zur Frage über die Behandlung des blutigen Durchfalls». (Nr. 24).

Als bestes und sicherstes Mittel empfiehlt K. die Anwendung des spezifischen Serums. Für nicht sehr schwere und mittlere Fälle, und wo aus irgend einem Grunde das Serum nicht zu haben ist leistet das Magnesium sulfurosum gute Dienste, da es ungefährlich ist und in grossen Dosen genommen werden kann.

A. Rabez: «Das Herauskommen von Würmern durch eine perforierende Bauchwunde und den Dünndarm». (Nr. 24).

Bei einem 4-jährigen Knaben, der von einer Kuh einen Stoss in den Leib erhalten hatte, bei dem auch ein Riss des Darmes vorlag, der aber mit 2 Nähten geschlossen werden konnte, lag am 6. Tage auf dem Bauchtampon unter dem Verbande ein Ascaris lumbricoides. Im Verlauf der nächsten 3 Wochen kamen durch die Bauchfistel noch 7 Würmer und mit dem Stuhl 6 Würmer heraus. Der Patient genas vollständig.

A. Scholomowitsch: «Zur Frage über die Behandlung des Alkoholismus durch Hypnose. Ein Versuch eines ausserstädtischen Ambulatoriums für Alkoholiker». (Nr. 24 und 25).

Trotz der geringen Anzahl von Alkoholikern, die das Ambulatorium besuchten, nämlich 25, waren die Resultate doch relativ günstig. Es enthielten sich aller spirituöser Getränke im Laufe eines Jahres 28 pCt., bis 6 Monate 40 pCt. Eine tiefe Hypnotisierung war nur in sehr seltenen Fällen erforderlich.

M. Worsilowa: «Zur Frage vom Uebergang der syphilitischen Spirochaeta von der Mutter auf das Kind». (Nr. 25).

Der hier berichtete Fall ist darin interessant, weil es sich hier um Drillinge handelt, von denen ein Knabe mazeriert war, der zweite lebte einige Tage und der dritte, — ein Mädchen, lebte einen Tag, alle waren sie unausgetragen. Die Knaben hatten deutliche Zeichen von Lues an sich, das Mädchen dagegen keine. Die Mutter war vollständig gesund, über den Vater war nichts Genaues zu erfahren. Augenscheinlich lag ein Fall von leichter Syphilis vor. Eine Behandlung hatte nicht stattgefunden. Es wurden untersucht die Nachgeburt, der Mittelteil der Nabelschnur des mazerierten Foetus und seine Organe, ebenso die Nabelschnur und die Organe des 2. Kindes, welches am Tage der Geburt starb. In Präparaten, gefärbt mit Azureosin, fand W. Spirochaete pallida, sowohl in der Nabelschnur, als auch in den Lungen, Herzen und in den Papeln.

A. Solowzowa und W. Barankeewa: «Ueber die Einwirkung einzelner Muskelbewegungen auf andere. (Nr. 25).

P. Tscherewkow: «Ein Fall von grossem Kystoma ovarii». (Nr. 25).

Das Gewicht der Geschwulst beträgt inklusive Flüssigkeit und kolloiden Massen im Ganzen 3 Pud 5 Pf. Die Operation war ohne Komplikationen, der weitere Verlauf ebenfalls ein glatter.

J. Biel: «Statistik der Harnuntersuchungen auf Zuckergehalt, ausgeführt in meinem Laboratorium von 1890 bis 1904 incl.». (Nr. 25).

Fr. Mühlen.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei. (Journal für Geburtshülfe und Frauenkrankheiten) Nr. 7, 8, 9 u. 10.

A. Gubarew: «Vaginale Uterusexstirpation ohne Anwendung der praeventiven Ligatur». (Nr. 7).

Nach einer Besprechung der anatomischen Verhältnisse berichtet G. seine Methode: er umkreist zirkulär die Portio und führt ausserdem einen vertikalen Schnitt auf dem vorderen und einen im hinteren Scheidengewölbe auf den zirkulären aus, spritzende kleine Arterien werden gefasst, das Lig. sacrouterinum unterbunden, der Uterus wird stark nach unten gezogen, die Anheftung des Ligam. latum durchschnitten bis die Art. uterina sichtbar wird, diese wird einzeln unterbunden ohne Gewebe mitzufassen, alsdann wird eine Ligatur angelegt auf die Tube, das Ligam. rotundum und das Lig. ovarii proprium. Verf. beschreibt die Methode für die Exstirpation des Uterus bei Prolaps desselben und stellt als Bedingung vollkommene Beweglichkeit hin.

W. Schtatski: «Zur Kasuistik der Ureterenfisteln und ihre Behandlung». (Nr. 7).

Eine 25-jährige Pat. hatte nach einer schweren Geburt die mit einer Perforation endete, eine Fistel acquiriert, diese wurde per vaginam vernäht, nach einigen Monaten ein Blasenstein entfernt. Pat. kam darauf in Behandlung von Sch., der den oberen Teil der Scheide narbig verändert fand. Aus einer trichterförmigen Oeffnung hoch oben im linken Scheidengewölbe floss trüber Harn ab, ausserdem bestand ein bis zum Nabel reichendes Myom, die linke Niere war schmerzhaft. Laparotomie: linkerseits fand sich ein mit den Därmen verwachsener Tumor, der sich als Pyosalpinx herausstellte. Die zweifaustgrosse Geschwulst platzte beim Versuch dieselbe aus den Verwachsungen auszulösen, wobei sich übelriechender Eiter ergoss.

Darauf wird mit grosser Schwierigkeit der Uterus mit der Geschwulst und den linksseitigen Adnexen entfernt, endlich die rechtsseitigen. Jetzt tritt die Ureterenfistel zu Tage, dieselbe führt, von Narbengewebe umgeben, rechterseits in eine Art Höhle welche mit der Vagina kommuniziert, höher ist der Ureter fingerdick, es gelingt ihn von oben her loszulösen bis zur narbigen Partie. Da das Lospraeparieren an dieser Stelle misslingt, wird die Exstirpation der rechten Niere beschlossen und ausgeführt, das Nierenbecken ist stark verändert. Darauf werden in die verschiedenen Partieen der Bauchhöhle Tampons resp. Drains — 8 an der Zahl — gelegt. Pat. schwebte in einiger Lebensgefahr, machte eine fieberhafte Rekonvaleszenz durch, genas aber schliesslich. Eine Abbildung demonstriert die hochgradigen Veränderungen am Ureter und Niere.

A. Sagalow: «Ueber einen Fell von Pubiotomia nach Tandler». (Nr. 7).

Zweitgebärende, kyphotisch — querverengtes Becken. Pubiotomie nach Tandler. Die subperiostale Einführung der Nadel garantiert mehr vor Verletzung der Blase. In diesem Fall keine Blutung, Genesung.

W. Iljinski: «Ueber einen Fall von Vaginismus im oberen Drittel. (Vaginismus super.)». (Nr. 7).

Bei der Untersuchung einer 50-jährigen Frau wurde deutlich das Gefühl hervorgerufen, als ob der obere Teil der Vagina den untersuchenden Finger umgreift. Die Portio vagin. war nicht vorhanden, statt ihrer fand sich eine kraterförmige Vertiefung. Wie es sich bei der Spiegeluntersuchung erwies, lag ein Karzinom vor. Dieses bildete den Reiz für die spastische Kontraktion des oberen Teiles der Vagina.

N. Orlow: «Ueber den Gehalt an Fett, Lezithin, Cholesterin und Eisenalbuminat in der Leber von Neugeborenen». (Nr. 8 u. 9).

Der Fettgehalt der Leber ist ein sehr hoher und bildet bei fettiger Degeneration der Leber $^1/_3$ des Gewichtes der Trockensubstanz. Der Lezithingehalt schwankt zwischen 0,24 pCt. und 1,34 pCt., der des Cholesterins 0,14—0,35 pCt.

W. Marin: «Zwei Fälle von Vagina septa cum utero duplici». (Nr. 8 u. 9).

Kasuistische Fälle, die Scheidewand der Vagina wurde durchtrennt.

H. Thomson: «Einiges über Anomalieen an den weiblichen Geschlechtsorganen». (Nr. 8 u. 9).

Zwei Fälle von angeborener Atresia hymenis und Haemotokolpos und ein Fall nach der Geburt, in letzterem Fall wurde operativ vorgegangen und die Narbe quer durchtrennt. Dann folgen 4 Fälle von Stenosis vaginae acquisita, ein Fall von Uterus septus, Uterus duplex bicornis etc.

L. Gorunowitsch: «Ueber das fernere Schicksal von Patientinnen nach Ventrofixatio uteri». (Nr. 8 u. 9).

An einer Pat. wurde die Ventrofixatio uteri gemacht im zweiten Monat der Schwangerschaft, worauf sie abortierte. Im Laufe der Jahre kam sie zweimal normal nieder. 13 Jahre nach der Operation stellte sie sich mit einer Bauchhernie vor, die operativ beseitigt wurde. Dabei liess sich feststellen, dass die vordere Uterusfläche breit mit der Bauchwand verwachsen war.

W. Potejenko: «Geburtshilfliche und gynaekologische Beobachtungen». (Nr. 8 u. 9).

P. berichtet über einen Fall von gänzlichem Fehlen der Gebärmutter und der Adnexa, über einen operativen Fall von Sactosalpinx, Cystoma papillare, Krebs der Clitoris und eine in Folge von Nierenhypertrophie des Kindes erschwerte Geburt.

A. Semjanikow: «Syncephalus monoprosopus distomus, Thoraco-gastropagus, Tetrabrachius, Tetrapus». (Nr. 8 u. 9).

Bei der Geburt gingen 12 Liter Fruchtwasser ab, die Frucht wurde in Fusslage geboren, die Extraktion des oberen Teiles ging ohne Schwierigkeiten von Statten. Der Foetus bot folgende Anomalien: 4 Arme, 1 Kopf mit 2 Mundöffnungen, 2 Augen, jeder Foetus hat seine Unter- und Oberkiefer, 2 Zungen, 2 Hinterhauptsknochen, 2 apparte Wirbelsäulen, doch sind die beiden Foeten Thorax an Thorax bis zum Nabel mit einander verwachsen, dann folgen zwei Becken und 4 Extremitäten. Beide Foeten, deren Gewicht 128 Gr. ausmacht, sind weiblichen Geschlechts. Bei der Sektion fand man von einem Magen ausgehend zwei Dünndärme, eine Leber, zwei Milzen, eine Pankreasdrüse, 4 Nieren. Jeder Foetus hatte je einen Kehldeckel, je eine Luftröhre, welche in entsprechende Lungen führen, ausserdem liegen zwei Lungen hinten an die Wirbelsäulen gepresst. Man fand ein Herz, eine Thymusdrüse, schliesslich eine Plazenta.

Die merkwürdige Missgeburt ist genau beschrieben.

A. Mikertschjanz: «Hydrocephalus in Beckenendlage». (Nr. 8 u. 9).

M. wurde zu einer III para gerufen, bei der das Kind bis zu den Schultern geboren war, die Extraktion des Kopfes war schwer, gelang jedoch nach Drehung des Kopfes aus dem queren Durchmesser in den geraden. Es handelte sich um einen Hydrocephalus. Bei der Sektion fand man eine Endarteriitis obliterans an den Nabelgefässen, in Folge davon eine Hypertrophie des linken Ventrikels, allgemeine venöse Hyperaemie, Aszites, Hydrocephalus internus, daneben nur eine Niere.

J. Hagen-Thorn: «Ueber die Behandlung de Uretheren-fisteln». (Nr. 10).

Nachdem Verf. die Literatur, die Entstehung und die üblichen Operationsmethoden besprochen, teilt er zwei Fälle aus seiner Praxis mit. Fall 1: Bei Gelegenheit der Einleitung eines künstlichen Abortes wurde der Uterus perforiert und durch die Perforationsöffnung mit der Kornzange Därme hervorgezogen. Verf. wurde hinzugezogen, eröffnete den Leib, resezierte eine 6—7 Ctm. lange Darmpartie und entfernte den Uterus. Am 11. Tage bildete sich eine Fistel, aus der Scheide floss Urin und Eiter ab, die Temperatur stieg und hielt sich lange hoch. Durch die cystoskopische Untersuchung konnte festgestellt werden, dass die Mündung des linken Ureter kaum zu sehen war. Es traten Schmerzen in der linken Nierengegend und Schüttelfröste auf. Nach 4 Monaten wurde die linksseitige Nierenexstirpation ausgeführt. Pat. genas. Fall II: Eine 40-jährige Pat. wurde wegen Myom per vaginam operiert. Als es nicht gelang, den Tumor von unten zu entfernen, schritt der Operateur zur Laparotomie. Am 8. Tage zeigte sich per vaginam Harn, die Temperatur stieg, Schüttelfröste traten auf, Schmerzen in der linken Nierengegend. Die Injektion von Methylenblau gestattete wie im vorigen Fall, den Schluss, dass die eine Niere funktionsfähig ist. Nach 3 Monaten Nephrektomie. Gleich darauf fiel die Temperatur, die Harnmenge steigt auf 100—1600—1800 In beiden Fällen war die Niere vergrössert, dunkelrot, an der Oberfläche von miliaren Abszessen besäht, von dem Nierenbecken gingen zur Rindensubstanz radiäre graue Streifen. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand man fettige Degeneration und Infiltration. In beiden Fällen handelte es sich um sekundäre Ureterfisteln. Verf. will durchaus nicht in jedem Fall die Niere exstirpieren, nur wenn die andern Operationsmethoden nicht zum Ziel führen als Letztes die Entfernung der Niere anwenden.

L. Okintschitz: «Bestrahlung der Ovarien mit Röntgenstrahlen». (Nr. 10).

Je 3 Kaninchen, Meerschweinchen und Mäuse dienten als Objekt. Die 9 Seançen fanden über einen Tag 5 Minuten statt, später 6 Seançen 10 Minuten. Nachdem die mit Röntgenstrahlen behandelten Mäuse befruchtet waren, warfen sie schwächliche nicht lebensfähige Junge. Die Meerschweinchen starben steril, nachdem sie paralytisch geworden waren. Die Kaninchen wurden nach der Bestrahlung nicht fruchtbar. Ovarien der getödteten Tiere wurden mikroskopisch untersucht. O. bestätigt das von anderen Autoren Gefundene: die Zahl der Follikel ist gering, man bemerkt Anzeichen der Zerstörung derselben, die Anzahl der grossen Zellen im Stroma ist verringert. Es steht fest, dass die Bestrahlung mit Röntgenstrahlen die normale Funktion der Ovarien bei diesen Tieren abschwächt, ob sich diese Verhältnisse auf das weibliche Ovarium übertragen lassen, steht offen.

D. Schirschow: «Zwei Fälle von kriminellem Abort». (Nr. 10).

In dem einen Fall fühlte man per rectum den Knopf eines Bougies, es wurde wegen Abwesenheit bedrohlicher Erscheinungen expektativ behandelt. Nach 16 Tage erfolgte der Abort. Das untere Ende des Bougies liess sich nun nicht mehr per rectum fühlen, sondern durch die Bauchdecken, durch die man in der Bauchhöhle in der Richtung vom Nabel zum linken Rippenrand einen Gegenstand fühlte. Bei der Laparatomie fand man das Bougies frei in der Bauchhöhle liegen. Pat. genas. Im zweiten Fall war gleichfalls von der Pat. ein Bougies eingeführt, sie trat mit Fieber ein, per rectum fühlte man auf der hinteren Fläche der Gebärmutter eine fingerdicke Perforationsöffnung. Sch. machte die Colpotomia posterior und holte den Fremdkörper aus der Bauchhöhle heraus. Am folgenden Tage wurden der 5monatliche mazerierte Foetus und Plazenta in Stücken durch die Perforationsöffnung entfernt bei geschlossenem Muttermund, fieberhaftes Wochenbett, Genesung.

N. Neelow: «Ueber die Anwendung des Collargol bei septischen Affektionen». (Nr. 10).

N. berichtet über vier Fälle von schwerer Blutvergiftung. Im ersten Falle handelte es sich um einen 20jährigen Mann, bei dem Staphylokokken im Blut gefunden wurden, Ursache der Sepsis nicht nachweisbar. Es wurden 5 Cbcm. einer 1proc. Collargollösung intravenös injiziert, später noch 10 und 8 Cbcm. im Ganzen 5 mal. Genesung. Im zweiten Fall lag eine puerperale Pyämie vor, es wurde Antistreptokokkenserum und Einreibungen mit Credé'scher Salbe, später intravenöse Injektion einer 2proc. Lösung angewandt. Im dritten Fall fieberte nach einem künstlichen Abort bis 42,5; hier wurden Collargolklysmata in 2proc. Lösung angewandt. Genesung. Im vierten Fall kam Collargol auch in Klysmaform in Anwendung.

Lingen.

Westnik Oftalmologii. (Zeitschrift für Ophthalmologie.) September—Oktober 1906.

J. Kasas: «Die Augen der Schüler des klassischen Gymnasiums zu Brest».

Das sehr ausführliche in zahlreichen Tabellen zusammengestellte Material bestätigt wiederum, was bereits seit den Untersuchungen Cohn's bekannt ist. Die Kurzsichtigkeit steigt von Jahr zu Jahr und von Klasse zu Klasse während des Schulbesuches. Kasas verlangt, dass den so oft ganz ungenügenden Verhältnissen im Hause der Eltern, was Sitz, Licht, Luft anbetrifft, mehr Beachtung geschenkt werde. Die Arbeitsstunden im Elternhause werden meist unter sehr viel ungünstigeren Verhältnissen abgemacht, als es in der Schule der Fall ist.

A. Skorobogatow: «Indikationen zu den Operationen nach: Snellen, Watson-Junge, Panas, bei Entropium des oberen Lides».

Von der stattlichen Zahl 906 Operationen, entfielen auf die Operation nach Snellen 150, nach Watson-Junge 58, nach Panas 698. Nach Snellen operiert er, wenn ein breiter und dicker Lidknorpel vorhanden ist und die Trachomerkrankung bereits in das Narbenstadium übergegangen ist. Die Kantoplastik ist bei enger Lidspalte hinzuzufügen. Ist nach einer Snellen-Operation Rezidiv eingetreten, dann korrigiert er durch die Operation nach Panas. Er zieht es vor bei der Operation nach Snellen die Nähte so anzulegen, wie es Panas tut. Die Operation nach Watson-Junge ist angezeigt bei dünnem und wenig gekrümmtem Lidknorpel. Das Narbenstadium des Trachoms muss bereits eingetreten sein. Bei ausgesprochener Distichiasis ist die Operation ebenfalls indiziert.

Nach Panas sollen operiert werden alle Fälle mit dickem oder dünnem, aber schmalem Knorpel. In allen Fällen, wo der trachomatöse Prozess noch nicht das Narbenstadium erreicht hat. Handelt es sich um Rezidive des Entropiums, die nach anderen Methoden operiert wurden, dann ist die Operation nach Panas ebenfalls zu bevorzugen.

A. Sitschew: «Ein Fall von Melanosarkom der Bindehaut».

Operation. Mikroskopischer Befund.

B. Lewensohn: «Rest einer Arteria hyaloidea persistens».

Vom hinteren Linsenpol abgehend, etwa 1 Ctm. lang ein im Glaskörperraum frei sich schlängelnder Faden.

N. Terentjew: «Ein Fall von Polycorie».

Am linken Auge fanden sich ausserhalb der Pupille sechs kleine Oeffnungen in der Regenbogenhaut, welche Licht durchliessen. Am rechten Auge fand sich eine zweite Pupille. Die Sehschärfe war beideseits 20/LXX.

A. Schimanowski: «Professor Chodin als Ophthalmologe».

Vortrag gehalten in der Kiewer Gesellschaft am 11. April 1905. Eine eingehende Schilderung der wissenschaftlichen Tätigkeit Chodins.

K. Suchow: «Dem Andenken Gontscharow's, dem Begründer der Augenheilanstalt für Unbemittelte in Jalta».

G—n.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenh. Pr. №15.